Rok XXXIX. Kraków, 8 Grudnia 1900. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Przypadek wrzekomego dzieciobójstwa.

Podał

Dr. Edward Zieliński (z Nowego Sącza).

Ponieważ już dwukrotnie w mojej niedługiej jeszcze praktyce sądowo-lekarskiej byłem zmuszony oświadczyć na podstawie protokołu sekcyi zwłok, że nietylko nie umiem podać przyczyny zejścia śmiertelnego, ale nawet wogóle orzec, czy dziecko przyszło żywe na świat, podczas gdy lekarze sekcyonujący orzekli, że dziecko zmarło śmiercią gwałtowną, w sposób zbrodniczy, mianowicie przez uduszenie, pozwolę sobie przytoczyć jeden przypadek, oparty na źródłach autentycznych, bo aktach sądowych i podać go pod szerszą ocenę kolegów, a to w tym celu, aby zwrócić uwagę, jak ważnem jest dokładne przeprowadzenie sekcyi zwłok i wydanie rzeczowego, na sekcyi opartego orzeczenia, oraz ażeby wykazać, w jakiem krytycznem położeniu znaleźć się mogą ci koledzy, którzy opierając się na protokóle sekcyi muszą przy rozprawie głównej wydać końcowe orzeczenie. Tą tylko myślą powodowany, przystępuję do opisania przypadku:

Kobieta młoda, której mąż od lat kilkunastu bawi w Ameryce, a która po opuszczeniu przez męża urodziła już jedno dziecię nieślubne i, jak stwierdzają świadkowie, dobrze i po macierzyńsku z niem się obchodzi, zastąpiła powtórnie i, jak podaje, wskutek doznanego urazu w okolicę brzucha powiła przedwcześnie dziecię. Poród zataiła i dziecko ukryła na strychu. Sprawa się jednak wydała i piątego dnia przeprowadzona sekcya zwłok i orzeczenie sądowo-lekarskie postawiło ją przed trybunałem sędziów przysięgłych, jako obwinioną o zbrodnię dzieciobójstwa.

Na całą swoją obronę podaje, że gdy się dziecię urodziło, a nie znalazła w niem oznak życia, sądząc, że jest nieżywe i chcąc ukryć swe niemoralne życie, schowała je na strychu.

Po przesłuchaniu nielicznych świadków, którzy nie stwierdzili nic więcej ponad to, że słyszeli, iż obwiniona prowadziła życie niemoralne, odczytano protokół sekcyi zwłok, który pozwolę sobie przytoczyć dosłownie:

Wywód oględzin.

A. Zewnątrz.

1) Zwłoki noworodka, płci męskiej, odziane czystą koszulką wełnianą, budowy ciała kształtnej, chociaż drobnej, nędznego odżywienia.

2) 42 ctm. długie, około (?) $2^1/_2$ klg. ważące.

3) Głowa o nadgniłych powłokach skórnych, z bardzo nieznacznym tylko porostem włosów.

4) Prosty wymiar czaszki wynosił 13 ctm., poprzeczny 12 ctm., ukośny 12 ctm., obwód czaszki 32 ctm.

5) Powieki ócz zamknięte, gałki oczne nadgniłe, tęczówki niebieskawe, źrenice nieoznaczalne.

6) Jama ustna zamknięta, próżna, sucha.

6) Otwory nosowe i uszne bez wysięków.

8) Szyja długa, klatka piersiowa wydłużona o wystających żebrach, brzuch płaski, powłoki skórne ogółem nadgniłe.

9) Poniżej środkowej części brzucha uwidoczniona jest dotąd przyrosła do noworodka, lecz zaschła i nadgniła pępowina, zaledwie 2 ctm. długa, o brzegach strzępiastych, bez śladów jednak dalszych błon płodowych lub łożyska.

10) Odnogi górne i dolne o bardzo słabych tylko mięśniach, nader cienkie, choć zwykłych kształtów.

11) Paznogcie rąk i nóg, aczkolwiek dokładnie zarysowane, nie dosięgają brzuśców palców.

12) Cała tylna powierzchnia zwłok znacznie nadgniła.

13) Mimo powtórnego badania i oglądania, nie znaleziono nigdzie na ciele znaków lub śladów gwałtu lub uszkodzenia.

14) Zwłoki uległy wyższego stopnia zgniliźnie.

B. Wewnątrz.

15) Powłoki skórne głowy nadgniłe, uwidoczniały częściowo kości czaszkowe, w ciemionach zapadłe.

16) Po otwarciu jednakże zawierały jednolicie ściekającą ciemno-różową masę mózgową, w ten sposób nadgniłą, iż o bliższem badaniu tych narządów mowy być nie mogło, a jedynie u podstawy czaszki znaleziono nagromadzoną, znaczniejszą stosunkowo ilość, przeszło 50 grm. krwi ciemnej, płynnej; mimo swej cienkości, podstawa czaszki nie była nigdzie uszkodzoną.

17) Krtań i tchawica próżne, błona śluzowa nadgniła.

18) Gruczoł tarczykowy (może grasica, bo gruczoł tarczykowy u noworodków należy do rzadkości), wielki, nadgniły, pełny krwi ciemnej, płynnej.

19) Po otwarciu klatki piersiowej płuca szczelnie ją zapełniają, wogóle, mimo zgnilizny, przedstawiają się w stanie znacznego przekrwienia i okazują powierzchowne plamki ciemne, wybroczynowe, na zewnętrznej swej powierzchni uwidocznione w ilości znaczniejszej.

20) Celem przedsięwzięcia próby płucnej wrzucone w całości wraz z sercem na misę z wodą, pływają płuca po powierzchni; toż samo po odłuszczeniu serca, jakoteż w pojedynczych płatach, aż do najdrobniejszych swych części, pływają i utrzymują się na powierzchni wody, czemu też odpowiednio przy dotyku przedstawiają się płuca powietrzem wypełnione.

21) Serce stosunkowo wielkie, zwłaszcza od strony prawej, przepełnione krwią ciemno-wiśniową, płynną, zresztą zgniłe.

22) Wątroba ciemna, nadgniła.

23) Śledziona również duża, mazista, przekrwiona.

24) Żołądek zupełnie skurczony, próżny, błona śluzowa jego nadgniła.

25) Jelita cienkie, próżne, skurczone.

26) Grube, nieco tylko treści smółkowatej mieszczące, błona śluzowa nadgniła.

27) Pęcherz moczowy próżny.

Orzeczenie. Z powyższego protokołu sądowego sekcyi lekarskiej wynika: *a)* Iż obdukowane dziecko było noworodkiem, chociaż niezupełnie donoszonym, jednak do życia samoistnego już zdolnym, odpowiadającym ósmemu miesiącowi księżycowemu ciąży. *b)* Iż noworodek ten, zrodzony jako taki, żył i oddychał, o czem świadczy próba płucna, zginął zaś z powodu zaniechania wszelkiej opieki i pomocy, wśród częściowego zaparcia dróg oddechowych przedmiotami miękimi, np. płachtą, osłaniającą mu zapewne usta i twarz, zarazem tak, iż samodzielnie nie mógł sobie dać rady, a tem samem ostatecznie, przy braku wszelkiej pomocy, śmierć została spowodowaną przez uduszenie.

Że zaś w danym przypadku brak był wszelkiej pomocy, wśród tajemnie odbytego porodu, o tem świadczy również niepodwiązana pępowina, jakoteż cały fakt zatajonego porodu i zaniechanej wszelkiej pomocy.

Orzeczenia znawców sądowych przy rozprawie w dniu 4 września 1900 brzmiały, jak następuje: (w streszczeniu)

Orzeczenie I. Sądząc z odżywienia, wielkości, wagi nie wykształconych dostatecznie paznogci, przyjąć należy, iż dziecko nie było donoszone i przyszło na świat w 8-mym miesiącu ciąży; przyszło na świat żywe, gdyż stwierdza to przedsięwzięta próba płucna, obecność zaś krwi płynnej w czaszce i sercu, oraz wynaczynionki na opłucnej dowodzą, że dziecko to zmarło śmiercią z uduszenia, w jaki jednak sposób uduszenie to nastąpiło, orzec nie mogę.

Orzeczenie II. Opierając się na protokole sekcyi zwłok noworodka, nie mogę orzec stanowczo, czy dziecię to niedonoszone zdolne było do samoistnego życia i czy urodziło się żywe, a to wobec tego, że w protokole sekcyi stwierdzono, iż zwłoki noworodka znajdowały się w znacznym stopniu zgnilizny, a próba płucna wogóle w takich razach wątpliwa, nie została w dodatku dokładnie wykonaną.

Ponieważ zachodziła zasadnicza sprzeczność w orzeczeniach, uchwalił trybunał po naradzie zawezwać III-go znawcę, jako superarbitra.

Orzeczenie III. Na podstawie protokołu sekcyjnego nie da się oznaczyć, czy płód był dojrzałym, lub nie; dziecko to przyszło jednak na świat żywe, gdyż jak to próba płucna wykazała, płuca wraz z sercem zawierały powietrze, pływały po wodzie, czegoby same gazy gnilne nie mogły sprawić. Śmierć nastąpiła z powodu wstrzymania przez czas krótki przystępu powietrza do dróg oddechowych, tego bowiem dowodzą wybroczyny krwawe na opłucnej.

Zastanówmy się obecnie krytycznie nad wynikiem sekcyi. Z oględzin zewnętrznych wynika, że dziecię było niedonoszone, bo płód liczył zaledwie 42 ctm. długości, miał około $2^1/_2$ klg. wagi, nie miał należycie rozwiniętej podściółki tłuszczowej, paznogcie nie dochodziły końców palców. Opis ten, co prawda, o tyle niedokładny, że pominięto zupełnie i niezbadano jądra kostnego w górnej nasadzie kości udowej, nie zbadano następnie, jak się zachowywały chrząstki uszne, nosowe, położenie jąder, czy zeszły one do moszen i t. p. Niewiadomo jednak, jak z tym, chociaż niedokładnym opisem, pogodzić fakt, że u płodu niedonoszonego znaleziono takie wymiary czaszki, jakie są oznaczone w protokole oględzin, a mianowicie: wymiar prosty miał wynosić 13 ctm., podczas gdy u dziecka donoszonego dochodzi on zaledwie $10^1/_2$ ctm.; poprzeczny wynosić miał 12 ctm., a zwykle dochodzi do $7^1/_2$; przedni do $8^1/_2$, tylny skośny znowu wynosił 12 ctm., gdy zwykle wynosi on $12^1/_2$ do 13 ctm. Gdybyśmy z tych wymiarów mieli sobie wyobrazić wielkość główki, to przyszlibyśmy do przekonania, iż musiała ona być tak wielką, iż przy prawidłowo zbudowanej miednicy zachodziłby niestosunek porodowy pomiędzy główką, a miednicą i że poród bezwzględnie nie mógł był się odbyć absolutnie siłami natury bez pomniejszenia główki, a więc bez wymóżdżenia. Gdy bowiem te wymiary narysujemy i obwiedziemy linią kołową, to obwód ten wynosi około 40 ctm., podczas kiedy obwód główki wynosić miał wedle protokołu oględzin 32 ctm., co poprostu jest niemożliwe i z czego koniecznie wnioskować należy, że wymiary te są niezgodne z prawdą, zważywszy nadto, że już sama rozprawa wykazała, iż poród odbył się z łatwością, szybko i wśród małych bólów.

Długość dziecka wynosić miała 42 ctm. Gdzie jednak dowód, że wymiar ten również prawdziwy, że nie wzięto go, jak to powiadają, z powietrza, a długość nie wynosiła n. p. 35 ctm.? Wiadomą zaś jest rzeczą i sprawdzoną doświadczeniem, że jeżeli długość płodu wynosi mniej niż 30 ctm., to jest on niezdolny do samoistnego pozałonowego życia, a choćby się taki płód urodził żywy, to ruchy oddechowe się nie wytworzą, gdyż u płodu takiego nie jest jeszcze wykształcony ośrodek oddechowy i mięśnie klatki piersiowej. Następnie podają lekarze sekcyonujący ogólnie i w opisach szczegółowych, że zwłoki dotknięte były wyższego stopnia zgnilizną, lecz i pod tym względem trzeba, że się tak wyrażę, wierzyć *in verba magistri*, bo zamiast dokładnego opisu samych zmian gnilnych jakiego narządu, mamy tylko same określenia, jak n. p.: „Wątroba ciemna, nadgniła. Błona śluzowa żołądka nadgniła" i t. p. W rażącej sprzeczności z opisem tej tak daleko posuniętej zgnilizny, stoi np. opis śledziony: „Śledziona duża, mazista, przekrwiona". Jeżeli bowiem przypuścimy, że jakiś narząd znajduje się w takim stopniu rozkładu gnilnego, że można o nim powiedzieć, że jest mazisty, a więc rozpływa się prawie, gdzie więc o utkaniu jego nie może być mowy, jak można na takim narządzie rozpoznać przekrwienie!

Przyjmijmy jednak z lekarzami sekcyonującymi, że zwłoki noworodka dotknięte były wysokiego stopnia zgnilizną; to w takim razie pod żadnym warunkiem nie można się zgodzić, aby w ogólności była mowa o krwi płynnej; krew skrzepła gnije bowiem bardzo szybko i w przypadkach, w których znajdujemy taki stopień zgnilizny, że tkanki organiczne się rozpływają, skrzepy, gdyby nawet jakie były, ulegają również gnilnemu przeistoczeniu. Wyrażenie więc, że u podstawy czaszki znaleziono przeszło 50 grm. krwi ciemnej, płynnej, mimo że podstawa czaszki nigdzie nie była uszkodzoną, jest niewłaściwe.

Zgodzić się dalej nie można, aby na zwłokach noworodka, dotkniętego zgnilizną wysokiego stopnia, mogła być wykonaną próba płucna. W medycynie sądowej przyjęto

znów prawie jako zasadę, że dla uniknięcia wszelkiej pomyłki nie wykonywuje się w przypadkach daleko posuniętej zgnilizny zwłok u noworodka próby płucnej, motywując odpowiednio to zaniechanie wykonania (patrz „Medycyna sadowa“ Prof. Dr. Wachholza str. 539). W danym przypadku jednak nietylko, że ta próba była wykonaną, ale nadto na niej to oparto wszystkie wywody i orzeczenia lekarskie. Próbę tę przeto szczegółowo omówić musimy, jak również zastanowić się nad opisanym w protokole sekcyjnym stanem płuc.

Opis, odnoszący się do płuc, zasługuje, by go raz jeszcze powtórzyć, a jest następujący: „Płuca zapełniają szczelnie klatkę piersiową, mimo zgnilizny przedstawiają się w stanie znacznego przekrwienia i okazują powierzchowne plamki wybroczynowe na zewnętrznej powierzchni, uwidocznione w ilości znaczniejszej“.

Znowu więc stoimy przed samemi zagadkami: nie wiemy, na czem oparto twierdzenie, że płuca były zgniłe, nie wiemy, w jaki sposób rozpoznać można było przekrwienie, nie wiemy, co znaczą powierzchowne plamki, a tylko się domyślać musimy, że są to wybroczyny podopłucnowe; nie wiemy, czy wybroczyny te znajdowały się i gdzieindziej, n. p. pod osierdziem, pod otrzewną jelit i t. p. Nie ma wzmianki, jakim był miąższ płucny, jego zabarwienie, zbitość, stan błony śluzowej oskrzeli, czy w oskrzelach znajdował się śluz, lub jaka treść, wogóle możemy powiedzieć, że o płucach nie wiemy nic a nic.

A jednak na płynności krwi, o której znaczeniu w opisanym przypadku mówiliśmy, i na wspomnianych plamkach oparto cały dowód, że dziecię umarło wskutek uduszenia.

Przypuśćmy nawet, że były to wybroczyny podopłucnowe, to jakież do nich można odnieść znaczenie, gdy się zważy, że powstać one mogą jużto przy nieoględnem robieniu sekcyi, gdy się płuca z tchawicą oddziela i silnie pociąga za tchawicę, już też przy zatkaniu śluzem dróg oddechowych i następowych forsownych ruchach oddechowych przy zapaleniu płuc, skazie krwawczej i t. d.

Prof. med. sąd., Dr. Wachholz, powiada na str. 247 swego dzieła: „Z licznych doświadczeń, wykonanych w ostatnich czasach, między innymi przez Haberdę, wynika, że wynaczynionki mogą powstać także i po śmierci, w miejscach opadowo przekrwionych, zatem w miejscach, w których znajdują się plamy pośmiertne. Dlatego też będziemy tylko te wynaczynionki uważać, jako powstałe za życia a nie po śmierci, które znajdujemy w bladych, pośmiertnem opadowem przekrwieniem nie dotkniętych częściach błon śluzowych lub powłok skórnych“.

„Rozpoznawczą wartość powyższych wynaczynionek zmniejsza ta okoliczność, iż wytwarzają się one niemal zawsze wśród drgawek i to bez względu na to, czy to były drgawki duszeniem, czy innym powodem wywołane, oraz, iż nie zawsze się one znajdują, nawet w przypadkach śmierci z uduszenia, jeżeli bowiem drgawki nie występują wśród duszenia, wówczas mogą się wynaczynionki nie wytworzyć“.

Jako dowód, że dziecko to, aczkolwiek nie donoszone, przyszło na świat żywe, miała służyć próba płucna, w ten sposób wykonana, że płuca wrzucone wraz z sercem do naczynia z wodą pływały po jej powierzchni, jak również pojedyncze części płuc. Na tem pływaniu płuc oparto cały dowód, że dziecię żyło.

Jeżeli teraz zważymy, że przy tym stopniu zgnilizny pływać może tak samo wątroba, śledziona, serce i wogóle każdy narząd, który w zwykłych warunkach tonie, to chyba jasnem jest, że samo pływanie jeszcze niczego nie dowodzi.

Gdy podczas rozprawy oświadczyłem, że nie mam pewności, czy płuca te nie pływały po wodzie wskutek znajdujących się tam ewentualnie gazów gnilnych i że lekarze sekcyonujący, mówiąc o gniciu płuc, powinni byli pojedyncze kawałeczki płuc wyciskać pod wodą, starając się w ten sposób usunąć gazy gnilne, wtedy jeden z lekarzy na zapytanie przewodniczącego, czy takie wygniatanie płuc pod wodą jest ważne, odpowiedział, „że to nie ma żadnego znaczenia“ (dosłownie).

Tak przeszliśmy pokrótce cały protokół sekcyjny i sądzę, że chyba z takiego protokołu żadnych wniosków co do życia, ewentualnie śmierci dziecka wyciągnąć nie można.

Nie umiem też sobie wytłómaczyć, dlaczego lekarze, którzy wykonali sekcyę, orzekli:

1) że noworodek, choć niezupełnie donoszony, zdolny był do samoistnego życia;

2) że noworodek ten żył i oddychał;

3) że zginął przy zaniechaniu opieki wśród częściowego zaparcia dróg oddechowych przedmiotami miękimi, osłaniającymi mu zapewne usta i twarz.

Również nie umiem sobie wytłómaczyć, jak można, opierając się na takim protokole sekcyi zwłok, wydać przy rozprawie głównej orzeczenie stanowcze, że dziecię urodziło się żywe i że zmarło wskutek uduszenia przez odcięcie dostępu powietrza do dróg oddechowych.

W końcu nadmienić muszę, że kobieta ta pomimo obciążajacych orzeczeń lekarzy została większością głosów przez sędziów przysięgłych od winy i kary uwolnioną.

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

I. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nagminne.

W roku 1893 i 1894 panowała w wielu krajach Europy, a także i u nas w Krakowie, jak również w Królestwie Polskiem wielka epidemia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego. Na jej materyale oparte są prace L. Korczyńskiego[2]), Buszka[3]), Hewelkego[4]) i Klanera[5]). Sprawozdanie z ambulatoryum naszej kliniki wykazuje w tych latach liczby 78 i 109 zapalenia opon mózgo. wo-rdzeniowych nagminnego, podczas gdy w latach poprzednich zapisano tylko po parę przypadków zapalenia zwykłego.

Od owego czasu nagminne zapalenie opon pojawia się tylko w przypadkach odosobnionych. Liczba przypadków spostrzeganych spada najniżej w r. 1896, bo na sześć. Dopiero w r. 1899 i 1900 przybiera choroba znamiona niezbyt

zresztą silnej epidemii. Z tego czasu pochodzą także moje przypadki. Sprawozdanie ambulatoryjne wykazuje wprawdzie w r. 1899 tylko 10 przypadków, ale należy zauważyć, że wobec małego nasilenia objawów, jakiem się odznaczała epidemia, wiele przypadków było ambulatoryjnie nierozpoznanych i weszło do rubryki stanu gorączkowego.

Przypadek 1. A. M. 9 mies. z Podgórza, przyjęta 26 kwiet. 1899. W domu chora była przez miesiąc, miała wtedy cierpieć na wysoką gorączkę. W klinice gorączki nie stwierdzono. Mimo to przecież utrzymywały się wybitne objawy mózgowe: upośledzenie przytomności, oczy zapatrzone w dal; rogówki pokryte śluzem i przymglone, miernego stopnia sztywność karku, bez przegięcia głowy ku tyłowi. Rozpoznanie było trudne i dopiero nakłócie lędźwiowe wyjaśniło sprawę. Stan chorej bezpośrednio po wykonaniu nakłócia zaczął się szybko poprawiać (*propter hoc?*) i dziecko wyszło do domu prawie zupełnie wyleczone. W przypadku tym nie badano jeszcze płynu na obecność meningokoków.

Przypadek 2. F. R. 6 lat z Krakowa, przyjęty 11 grud. 1899. W domu chorował 11 dni. Zasłabł nagle, bóle i zawroty głowy; w pierwszym dniu wymioty, gorączka z początku wysoka, w ostatnich dniach nieco niższa; od 4-go dnia zupełna głuchota. podczas 5-go i 6-go dnia nieprzytomność, stolec nieco rozwolniony.

W klinice stwierdzono, co następuje: odżywienie dobre, przytomność utrzymana, chory rozmawia, nic jednak nie słyszy. Głowa przegięta ku tyłowi i ustalona w tem położeniu skurczem mięśni karkowych. Ciepłota 39·0°, tętno 112, oddech 20, regularny. Gorączka początkowo stała i wysoka, w dalszym przebiegu powoli opadała, tak że ciepłota ciała osiągnęła dnia 21 grud. stan prawidłowy i następnie się już ponad 37·0° nie podniosła. Mimo to napięcie mięśni karkowych utrzymywało się w dawnym stopniu do 22 grud., zmniejszało się następnie, ale dopiero 29 grud. zupełnie ustąpiło. Także krzywa tętna utrzymuje się do 28 grud. na wysokim poziomie (100—120), a dopiero potem opada do 80 na minutę. Chory opuszcza klinikę 8 stycz. 1900, jako uleczony. Nakłócie lędźwiowe wykonano 13 grud. 1899.

Podobnie, jak w przypadku 1. niektóre objawy, a mianowicie stężenie karku i podniesienie liczby tętna, przetrwały tu stan gorączkowy.

Przypadek 3. J. B. 18 miesięcy z Wyciąż, przyjęty 15 grud. 1899. W domu chorował 2 dni. Początek nagły: dreszcze, wymioty, gorączka i postękiwanie. W klinice stwierdzono odżywienie i budowę dobrą, wyraz cierpienia na twarzy, lekki skurcz mięśni karkowych. Głowa jednak nie była przegięta ku tyłowi i nie ustalona, chory, wzięty z posłania, poruszał nią niespokojnie na boki. Przytomność utrzymana, wymiotów nie było, brzuch wypuklony. Ciepłota 39·0°, tętno 132, oddechów 40. Ciepłota wahała do 19 grud. między 38·0—39·0 następnie opadła, a od 29 grud. był stan bezgorączkowy. Inne objawy także zmniejszały się równolegle do opadania gorączki i dziecię mogło już 7 stycz. 1900 opuścić klinikę, jako zupełnie wyleczone.

Nakłócie lędźwiowe wykonano dnia 16 grud. 1899. Co do wyniku, to zwraca na się uwagę bardzo mała ilość białka i osadu. Płyn był też prawie zupełnie przeźroczysty. Mimo to przeważają w osadzie ciałka białe wielojądrzaste neutrofilne. Są one tylko w niewielkiej liczbie zakażone (0·5%). Tem, jak również skąpością osadu, tłómaczyłoby się, że hodowle się w tym przypadku nie udały.

Przypadek 4. J. Z. 12 miesięcy z Krakowa, przyjęty 4 stycz. 1900. Zachorował nagle w przeddzień przyjęcia. U dziecka ze śladami krzywicy stwierdzono początkowo tylko stan gorączkowy (około 39·0°), dla którego nie można było znaleźć nigdzie usprawiedliwienia. Nic początkowo nie zwróciło uwagi na możliwość zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Dopiero dnia 13 stycz. wystąpiły kilkakrotnie wymioty, a u chorego zauważono drażliwość, mierną ogólną przeczulicę i nieco sztywne trzymanie głowy. Dnia 15 stycz. sztywność karku już bardzo wybitna; oczy zapatrzone w dal, senność obok wielkiej drażliwości, źrenice szerokie, mierny stopień zezu zbieżnego.

Niewątpliwie chodziło o zapalenie opon, przyczem objawy, w ostatnim czasie powstałe, odpowiadałyby rozwojowi ostrego wodogłowia wewnętrznego zapalnego. Co do oznaczenia tła choroby, zachodziło położenie kłopotliwe. Rozstrzygnęło nakłócie lędźwiowe, wykonane 16-go stycz. Wydobyto płyn o cechach zapalnych z meningokokami, dającymi się stwierdzić mikroskopowo i bakteryologicznie (p. fotogram 2).

Choć ciepłota ciała w dalszym przebiegu opadła do stanu podgorączkowego, objawy mózgowe stają się coraz groźniejsze. Sztywność karku wzmaga się. Dnia 22 stycz. występuje sztywność we wszystkich kończynach, utrzymująca się stale, ale powiększająca się napadowo samoistnie lub po podrażnieniu chorego do ogólnego tężca, obejmującego szczególnie mięśnie wyprostne kończyn i grzbietu. Zez bardzo znaczny, brzuch zapada się, odżywienie podupada, skóra marszczy się, tętno staje się nieregularne, przytomność zniesiona. Od 24 stycz. oddychanie typu Cheyna-Stokesa, 29 stycz. zejście śmiertelne.

Rozpoznanie anatomiczne: *meningitis purulenta praecipue ad basim cerebri, hydrocephalus acutus majoris gradu, bronchitis et enteritis chronica.*

Przypadek 5. J. K. 9 miesięcy z Krakowa, przyjęty 26 stycz. 1900. Wywiadów brak. Badanie i w tym przypadku wykazywało początkowo tylko stan gorączkowy (około 40·0°), bez żadnych przedmiotowych objawów w narządach wewnętrznych. Od dnia 4 lut. coraz wybitniejsze napięcie mięśni karkowych, wymioty, drgawki, skurcze pewnych gromad mięśni, np. międzykostnych ręki, upośledzenie, potem zniesienie przytomności, przy ogólnej przeczulicy. W dolnym płacie płuca lewego ognisko zapalne. Nakłócie lędźwiowe 3 lut., śmierć 7 lut. Zmiany mózgowia przy badaniu pośmiertnem, jak w poprzednim przypadku.

Przypadek 6. A. G. 5 lat z Rajska, przyjęta 24 kwiet., wyszła zdrowa 6 maja 1900. W domu była chora przez 4 dni. Początek nagły, gwałtowny ból głowy, wymioty w ciągu dwóch dni, wysoka gorączka, łaknienie zniesione, stolec zaparty. W klinice stwierdzono: odżywienie liche, budowa wątła, na twarzy wyraz cierpienia, brwi zmarszczone, zwłaszcza przy badaniu, kark nieco sztywny, ale przegięcia głowy ku tyłowi niema. Brzuch wyraźnie zapadły. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej bez zmian. Stan podgorączkowy ze wzniesieniami wieczornemi do 38·0° trwał do 28 kwiet. Chora była przez cały ten czas zupełnie przytomna i dosyć swobodna. Już 27 kwiet. sama siedziała w łóżku i bez pomocy przyjmowała pożywienie. Od 29 kwiet. wszystkie objawy ustąpiły zupełnie.

Choroba trwała tu tylko 8 dni, przypady były bardzo niewybitne, przynajmniej w czasie pobytu w klinice, to też samem badaniem klinicznem nie byłoby możebnem rozstrzygnąć napewno, czy chodzi o stan gorączkowy na tle jakiegoś, jak się to nierzadko zdarza u dzieci, nie dającego się bliżej określić zakażenia, połączony z przypadami mózgowymi, czy też o zapalenie opon. Nakłócie lędźwiowe, wykonane zaraz w dniu przyjęcia, wyjaśniło nam sprawę.

Przypadek 7. F. R. 16 miesięcy z Gorzowa pod Oświęcimem, przyjęty 28 grud. 1899. W domu chorował pięć tygodni. Początek był nagły, gorączka wysoka, częste wymioty, głowa przegięta ku tyłowi, kurcze ogólne, trwające początkowo po dwie godziny, obecnie utrzymują się krócej i powtarzają się dwa razy dziennie; stolec regularny.

Stan obecny: Ogromnego stopnia wychudnięcie bez zboczeń ogólnych, lub zmian w narządach klatki piersiowej i brzucha. Głowa przegięta ku tyłowi tak. że zbacza od prawidłowego położenia o kąt prosty i ustalona skurczem mięśni karkowych. Brzuch zapadły, przeczulica skóry. Ciepłota okazuje wzniesienie do 38·5° (w kiszce stolcowej). Od czasu do czasu pojawiają się wyprężenia kończyn i ich drżenie, mianowicie po podrażnieniu chorego badaniem; czasami wymioty. Nakłócie lędźwiowe, wykonane dnia 2 stycz. 1900 wykazało mikroskopowo (p. fotogram 1) i w hodowlach meningokoka wewnątrzkomórkowego. Na prątki gruźlicze badano osad zachowany na szkiełkach nakrywkowych bardzo dokładnie, mianowicie po śmierci chorego, mimo to prątków nie znaleziono.

Chory umiera 1 stycz. 1900. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *meningitis cerebrospinalis epidemica.* Sekcya wykazała jednak tylko zapalenie gruźlicze i ogólną gruźlicę prosówkową na tle zserowacenia gruczołów chłonnych szyjnych, okołooskrzelowych i krezkowych. Nie było nawet śladów po zapaleniu ropnem.

Niewątpliwie mieliśmy tu połączenie dwóch zakażeń, mianowicie meningokokiem i prątkiem gruźliczym. Za życia stwierdziliśmy tylko pierwsze zakażenie. Nie było potrzeby przypuszczania drugiego; znane są bowiem przypadki zapalenia nagminnego opon, w których choroba przewleka się i, wśród ciągłych zwolnień i zaostrzeń, przychodzi do ogromnego wychudnienia. Pozostaje, prawie dosłownie, skóra i kości, tworzą się odleżyny i chory wreszcie umiera z ogól-

nego wyniszczenia. W ciągu roku 1899 i 1900 spostrzegałem jeden taki przypadek w praktyce prywatnej, u chłopca 6-letniego. Choroba trwała tu całe pięć miesięcy. W naszym przypadku rozwój wyniszczenia był stosunkowo szybszy, a stopień osiągnięty ogromny. Mimo to obecność zapalenia gruźliczego stwierdzona przy badaniu pośmiertnem była dla nas niespodzianką.

Nie ulegałoby wątpliwości, już choćby na podstawie wywiadów, że pierwotnem było zakażenie meningokokiem i prawdopodobnem mi się wydaje, że było ono, wobec istnienia ognisk gruźliczych w ustroju, pobudką do rozwinięcia się zapalenia gruźliczego.

Przypadek opisany nie jest odosobniony. Podobne połączenia zakażeń spostrzegali Holdheim [6]), Heubner [7]), Frohmann [8]) i Pfaundler [9]). Heubner tłómaczy sobie sprawę przypadkowem zawleczeniem meningokoka, obecnego gdzieś w ustroju, n. p. na błonach śluzowych nosa, podczas odbywania się czynności zakażania przez prątek gruźliczy. Wobec tego samo stwierdzenie obecności meningokoka nie byłoby dowodzącem dla zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nagminnego, trzebaby uwzględniać ilość zarazka. Jednak przypadki Holdheima i Heubnera, — nie wiem, czy to samo można powiedzieć o przypadkach Frohmanna i Pfaundlera, — są niepewne. Autorowie ci nie stwierdzili, jak w moim przypadku, meningokoka w preparatach barwionych mikroskopowo, coby było dowodzącem, lecz otrzymali go jedynie w hodowlach w skąpych osadach. Toteż Holdheim sam przypuszcza raczej zanieczyszczenie igiełki, a Heubner wprawdzie to wyklucza, ale możebność ta zapewne istnieje, jak to zresztą zaraz w dyskusyi nad odczytem Heubnera zaznaczył Fürbringer. Wreszcie muszę podnieść, że określanie meningokoka w hodowlach wcale nie jest łatwe; być może nawet, co do pewnego typu, dzisiejszymi środkami nie wykonalne; mogło więc chodzić o inny zupełnie drobnoustrój. Heubner słusznie jednak zaznacza, że przypadki podobne dają naukowe uzasadnienie dla przypuszczenia Wunderlicha, wypowiedzianego jeszcze w roku 1864 podczas epidemii w Lipsku, iż w czasie panowania epidemii zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych *genius epidemicus* oddziaływa także na inne choroby, n. p.dur brzuszny, ostry gościec stawowy, zapalenie płuc i może im nadać „eine cerebrospinal — meningitische Färbung“.

Przegląd przypadków. Choroba, jak to można było stwierdzić prawie we wszystkich opisanych przypadkach wywiadami, rozpoczynała się nagle u dzieci przedtem zdrowych, bólem głowy, wysoką gorączką, wymiotami, bez drgawek. I w dalszym przebiegu trwała mniej lub więcej wysoka gorączka z torem stałym, zwalniającym lub przerywanym. Wymioty po pierwszym dniu choroby, lub dwóch pierwszych dniach, już się nie pojawiały, przytomność była z reguły zupełnie zachowaną. Brzuch lekko wypuklony (tylko w przyp. 6 i 7 zapadły), stolec zaparty, lub lekkie czyszczenie, dno oka prawidłowe, lub przekrwienie tarczy. Zajęcie opon zdradzało się zatem jedynie sztywnością karku. Jednak i tego objawu może brakować, jak to widzimy w przyp. 4 i 5-tym przez przeciąg pierwszego tygodnia choroby. Może nie jest przypadkowem, że w tych właśnie przypadkach przyszło do zejścia śmiertelnego wśród objawów ostrego zapalnego wodogłowia wewnętrznego. Przypadki te należy zestawić z przypadkami Frohmanna [10]) w których przed wystąpieniem objawów mózgowych spostrzegano dwumiesięczny okres z gorączką przerywaną. Przypadki takie dowodzą, że sztywność karku nie jest objawem stałym i nie można z jej nieobecności wykluczać zapalenia opon nagminnego, jak to czyni Heubner [11]).

Także objawu Kerniga, polegającego na tem, że w położeniu siedzącem chorego, przy zgiętem pod kątem prostym do tułowia udzie, pojawia się kurczowe przykurczenie podudzia, według mego doświadczenia nie można uważać za pewny objaw zapaleń oponowych, jakto twierdził np. Netter [12]) na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Paryżu.

Samo przez się wynika z tego wielkie znaczenie rozpoznawcze nakłócia lędźwiowego. Ale ma ono także znaczenie dla rokowania. Nie mówiąc już o tem, że tylko postacie na tle meningokoka dają względnie korzystne rokowanie, podczas gdy inne, n. p. na tle pneumokoka, choćby były, jak to niektórzy utrzymują epidemiczne, kończą się prawie zawsze śmiercią, to jeszcze w samej postaci meningokokowej można z cech płynu wyprowadzić pewne wnioski prognostyczne. O ileby wynikało z mojego szczupłego doświadczenia, korzystnymi objawami są mała ilość białka i brak wytworzenia się skrzepiku. Wyjątek stanowiłby przypadek 1, o ile go zaliczymy do wyleczonych.

Ogółem biorąc, musimy, jak z powyższego wynika, stwierdzić, że przypadki nasze odznaczają się, przynajmniej początkowo, małem nasileniem objawów i łagodnym przebiegiem. W przypadkach 4 i 5 zejście śmiertelne nastąpiło skutkiem zajęcia komórek i upośledzenia czynności ośrodków ważnych dla życia.

Jeżeli przypadek 7 i 1, niepewny co do zejścia, odłączymy, to śmiertelność wyniesie 40%, gdy wliczymy pierwszy 33%. (C. d. n.).

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wpływie kąpieli gazowych na narząd krążenia prawidłowy i chorobowo zmieniony.

Podał

Dr. Edmund Kowalski

lekarz zakładu wodoleczniczego „Kiselka“ we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

B. Stosowanie kąpieli gazowych u osobników chorych, tj. z narządem krążenia krwi chorobowo zmienionym.

Powyższe doświadczenia wykazały, jak się zachowuje prawidłowy narząd krążenia pod wpływem kąpieli gazowych; obecnie przypatrzmy się, jak się będzie zachowywał wobec tych podniet ten sam narząd, zmieniony jednak chorobowo.

W tym celu, jak we wstępie wspomniałem, stósowałem kąpiele gazowe o ciepłocie 31, 31·5, 32, 32·5, 36 i 37°C u osób chorych, tj. ze zmianami w narządzie krążenia krwi.

D. F. (N. Dz. 341) lat 30, skarży się na bicie serca, występujące szczególnie przy każdym ruchu i na prawie ciągłą duszność, która jednak w czasie napadów bicia serca się wzmaga.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma insuff. valv. bicuspid. et stenosis ostii venosi sin. subsqu. hyperthrophia et dilatatione cordis totius pp. dextri in stadio compensationis incompletae subsqu. hyperaemia passiva pulmonum, hepatis, renum, oedema pedum minoris gradus.*

U chorej tej stosowałem dnia 5/4 kąpiel o ciepłocie 31°C, dnia 7/4 kąpiel na 32·5°C, dnia 20/4 kąpiel na 31·5°C, a dnia 10/4 kąpiel o ciepłocie 36°C.

Kąpiel na 31° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	80	110	20		
w kąpieli					
po 5 min. .	68	160	—		
po 15 min. .	65	—	16	—16	+50 Mm.
po 25 min. .	64	160	—		
po kąpieli					
po 8 min. .	60	170	16		
po 30 min. .	64	160	—	—20	+60 Mm.
po 60 min. .	64	160	18		

Kąpiel na 32·5° C przez 25 minut.

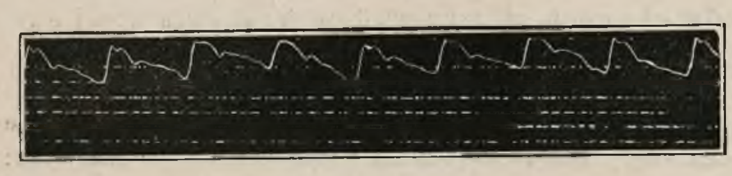
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	96	120	25		
w kąpieli					
po 10 min. .	88	150	23		
po 20 min. .	80	160	—	—20	+40 Mm
po 25 min. .	76	160	22		
po kąpieli					
po 15 min. .	64	170	20		
po 20 min. .	64	160—170	—	—32	+50 Mm.
po 40 min. .	68	160	—		
po 60 min. .	68	160	20		

Kąpiel na 31·5° C przez 25 min.

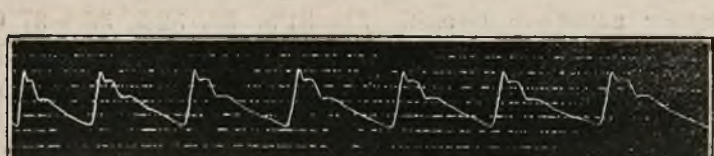
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	72	120	20		
w kąpieli					
po 10 min. .	68	140—150	18	—12	+40 Mm
po 25 min. .	60	160	16		
po kąpieli					
po 15 min. .	56	160	16		
po 30 min. .	60	160—170	18	—16	+40, 50 Mm.
po 60 min. .	64	160	18		

Kąpiel na 31·5° C.

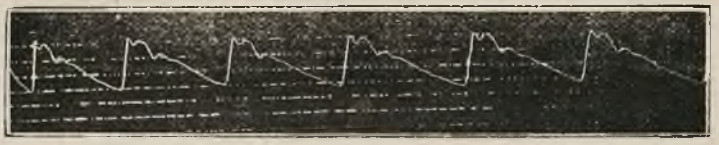
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

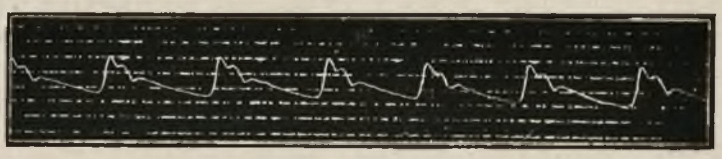


Kąpiel na 36° C przez 25 minut.

	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	62	120	18		
w kąpieli					
po 10 min. .	80	110	24	+20	—20 Mm.
po 25 min. .	82	100	22		
po kąpieli					
po 15 min. .	68	110	18		
po 30 min. .	68	110	—	+6	—10 Mm.
o 60 min. .	66	110	18		

Kąpiel na 36° C.

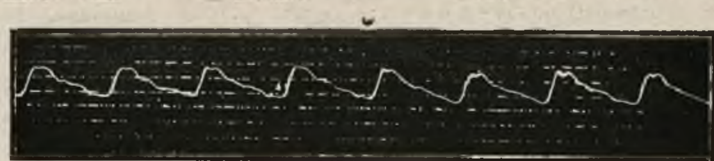
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Pod wpływem kąpieli o ciepłocie 31, 31·5 i 32·5°C występuje zwolnienie ruchów serca i podniesienie się ciśnienia krwi tak w czasie kąpieli, jak i po kąpieli, i obie te zmiany są wybitniejsze po zaprzestaniu zabiegu, niż wśród niego; ruchy oddechowe stają się wolniejsze, ale za to głębsze, ilość dzienna moczu zwiększa się, przed stosowaniem bowiem kąpieli wynosiła ona około 400 grm., po kąpielach waha między 700 a 1300 grm.

Krzywe tętna, zdjęte przy stosowaniu kąpieli o ciepłocie 31·5°C, przedstawiają również dość uderzające zmiany. Widzimy na zdjęciu, zrobionem w czasie kąpieli, jak i po niej, wybitniej występujące fale drugorzędne, co, jak wiadomo, świadczy o większem napięciu ścian tętniczych, oprócz tego widzimy zwiększoną wysokość fali tętna, co znów świadczy o wzmożonej energii mięśnia sercowego; czyli stwierdzamy tętno twardsze i większe.

Pod wpływem kąpieli o ciepłocie 36°C występuje przyspieszenie ruchów serca i obniżenie się ciśnienia krwi tak wśród, jak i po zabiegu, zwiększenie się ilości oddechów. Ilość dzienna moczu pozostaje prawie bez zmiany.

Na krzywych tętna, zdjętych wśród i po kąpieli, widzimy zanik fal drugorzędnych, a więc tętnice mniej napięte, czyli tętno miększe, wysokość fali nieco niższą.

Chora w czasie każdorazowej kąpieli o ciepłocie 31—32·5°C. czuła się swobodna, duszność ustępowała, po kąpieli nie doznawała przez przeciąg kilkunastu godzin ani bicia serca, ani duszności. W czasie kąpieli zaś o ciepłocie 36°C duszność się nieco wzmagała, a po kąpieli nie czuła chora podmiotowej ulgi.

Chory W. P. (N. Dz. 379), lat 26, skarży się na bicie serca, duszność i bóle w górnej części klatki piersiowej.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma insuff. valv. bicuspid et stenosis ostii venosi sinistri subsqu. hypertrophia et dilatatione cordis totius in stadio incompensationis imminentis, subsqu. hyperaemia passiva pulmonum et hepatis; induratio apicum.*

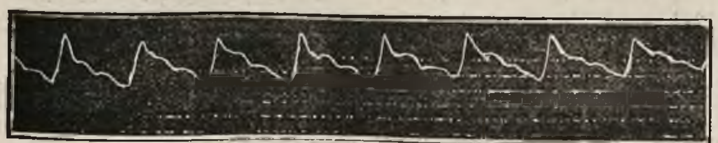
U chorego tego stosowałem w dniu 2/5 kąpiel o ciepłocie 31°C, a w dniu 4/5 o ciepłocie 30°C.

Kąpiel na 31° C przez 25 minut.

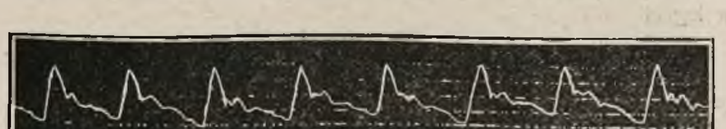
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą	86	120	28		
w kąpieli					
po 10 min.	80	150	26	—10	+30 Mm.
po 25 min.	76	150	24		
po kąpieli					
po 15 min.	76	160	26	--16	+40 Mm.
po 30 min.	70	160	—		
po 60 min.	70	160	26		

Kąpiel na 31° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Kąpiel na 30° C przez 25 minut.

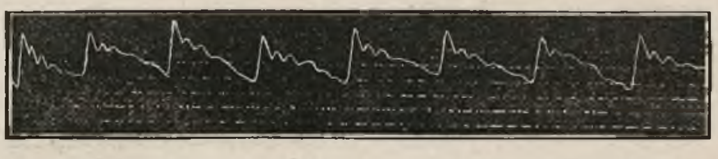
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą	84	110	30		
w kąpieli					
po 10 min.	72	140	26	—12	+30 Mm.
po 26 min.	76	140	26		
po kąpieli					
po 15 min.	72	140	26	—16	+40 Mm.
po 30 min.	68	150	—		
po 60 min.	68	150	24		

Kąpiel na 30° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Tak w czasie trwania tych kąpieli, jak i po ich zaprzestaniu, tętno wolnieje, ciśnienie krwi się podnosi i to znaczniej w okresie czasu po zabiegu, oddechy stają się rzadsze, ale za to głębsze, ilość dzienna moczu, która przed kąpielą wahała się między 600 a 800 grm., waha się po kąpieli między 1.200 a 1.300 grm.

Na zdjęciach sfigmograficznych widzimy na ramieniu zstępującem tak w czasie kąpieli, jak i po niej, wybitne fale drugorzędne, czyli że tętnice stają się więcej napięte, a tem samem tętno twardsze; obok tego zaś widzimy zwiększenie się wysokości fali tętna, czyli wzmożenie się siły mięśnia sercowego.

Tak wśród, jak i po kąpieli, czuje się chory podmiotowo bardzo dobrze.

Chora E. G. (N. Dz. 308), lat 26, skarży się na bicie serca, bóle i zawroty głowy, duszność.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma stenosis ostii arteriosi sin., insuff. incompletae valvul. semilun. aortae, insuff. valvulae mitralis.*

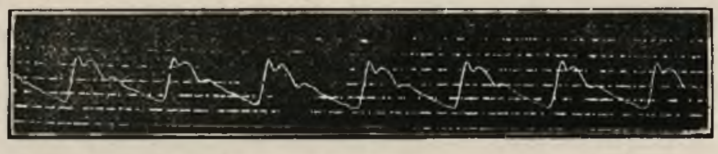
U chorej tej stosowałem w dniu 11/4 kąpiel o ciepłocie 37°C, w dniu zaś 18/4, kiedy chora skarżyła się na silne bicie serca, trwające bez przerwy przeszło 24 godzin, na ogólny niepokój i trudność w oddechaniu, kąpiel o ciepłocie 32·5°C.

Kąpiel na 37° C przez 25 minut.

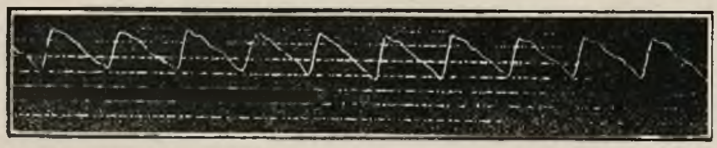
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą	96	120	21		
w kąpieli					
po 10 min.	104	100	23	+16	—20 Mm.
po 25 min.	112	100	24		
po kąpieli					
po 10 min.	106	110	22	+10	—10 Mm.
po 30 min.	106	110	21		
po 60 min.	106	110	21		

Kąpiel na 37° C.

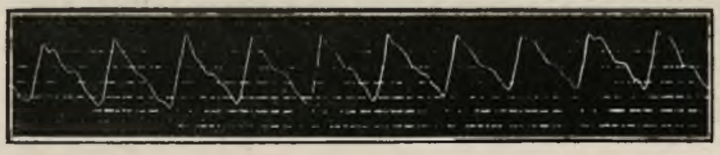
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

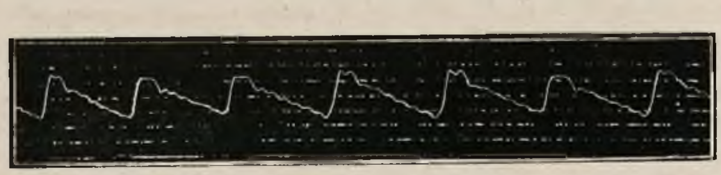


Kąpiel na 32·5° C przez 25 minut.

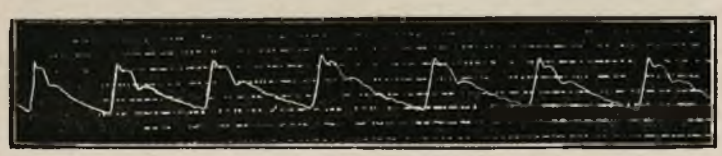
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	120	110	24		
w kąpieli					
po 10 min. .	84	140	20	—40	+30 Mm.
ko 25 min. .	80	140	20		
po kąpieli					
po 10 min. .	76	140—150	20		
po 30 min. .	76	140—150	20	—48	+40 Mm.
po 60 min. .	72	150	18		

Kąpiel na 32·5° C.

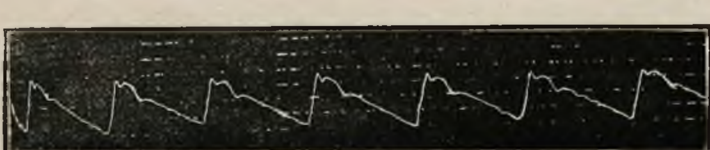
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Pod wpływem kąpieli na 32·5° C tętno staje się wolniejsze, ciśnienie krwi podnosi się i to znaczniej w okresie po zaprzestaniu kąpieli, oddechy są rzadsze, zyskują jednak na głębokości i stają się w tym przypadku regularniejsze, ilość moczu dzienna po kąpieli zwiększa się, bo przed kąpielą wahała się między 600 a 800 grm., po kąpieli zaś waha się między 1100 a 1200 grm. Czucie podmiotowe trwogi i niepokoju ustępuje, chora jest swobodna, oddecha lekko i regularnie i czuje się przez następne dni bardzo dobrze.

Pod wpływem kąpieli na 37° C tętno w czasie kąpieli jak i po niej staje się szybsze, ciśnienie obniża się, oddechy się nieco przyspieszają, ilość dzienna moczu prawie bez zmiany.

Załączone krzywe tętna, zdjęte w kąpieli i po kąpieli o ciepłocie 32·5° C, przedstawiają na ramieniu zstępującem wyraźniejsze fale drugorzędne, przy równoczesnem zwiększeniu się wysokości fali; w zdjętych zaś w kąpieli i po kąpieli o ciepłocie 37° C fal tych brakuje przy zmniejszeniu się lekkiem wysokości i to w czasie trwania zabiegu, czyli że pod wpływem pierwszego bodźca tętnice stają się więcej napięte, a więc tętno twardsze, energia serca wzmaga się, — pod wpływem drugiego — stają się mniej napięte, czyli tętno miększe, energia serca zmniejsza się.

S. Z. (N. Dz. 327), lat 23, skarży się na ściskanie i bicie serca i równoczesne omdlewanie kończyny górnej lewej, co potęguje się szczególniej po zmęczeniu fizycznem.

Rozpoznanie: *Endocarditis chronica sub forma stenosis ostii arteriosi sinistri subsqu. hypertrophia cordis sin. in stadio compensationis.*

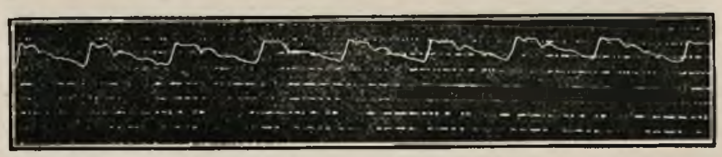
U chorego stosowałem na dniu 6/4 kąpiel o ciepłocie 31° C, a na dniu 9/4 kąpiel o ciepłocie 32·5° C.

Kąpiel na 31° C przez 25 minut.

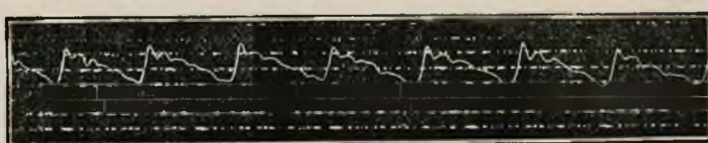
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	116	130	24		
w kąpieli					
po 15 min. .	96	160	20	—32	+40 Mm.
po 25 min. .	84	170	16		
po kąpieli					
po 20 min. .	80	170	16		
po 40 min. .	80	170	17	—36	+40 Mm.
po 60 min. .	80	170	17		

Kąpiel na 31° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

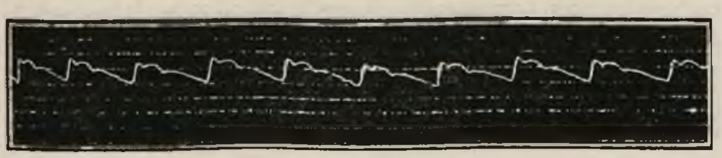


Kąpiel na 32·5° C przez 25 minut.

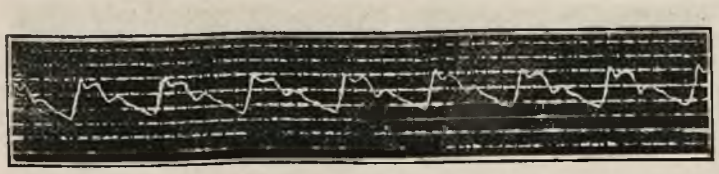
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą	84	140	18		
w kąpieli					
po 10 min.	68	160—170	16	—20	+30 Mm.
po 25 min.	64	170	16		
po kąpieli					
po 15 min.	64	170—180	16	—20	+40 Mm.
po 30 miu.	68	160	16		
po 60 min.	72	160	17		

Kąpiel na 32·5° C.

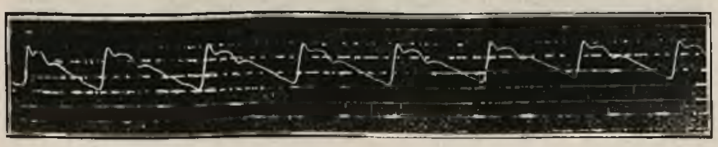
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Zabiegi powyższe wywołują zwolnienie ruchów serca, podniesienie się ciśnienia krwi i to kąpiel o niższej ciepłocie (31° C) wywołuje zmiany nieco znaczniejsze, niż o wyższej (32·5° C); przytem tętno tak pod wpływem jednej, jak i drugiej kąpieli staje się wybitnie twardszem, o fali znacznie wyższej. Czynność oddechania odbywa się w wolniejszem tempie, ilość dzienna moczu zwiększa się, przed kąpielami bowiem wynosiła 800—1000 grm., po kąpielach zaś 1100—1200 grm.

Chory po każdej kąpieli czuje się podmiotowo bardzo dobrze.

J. O. (N. Dz. 365), lat 49, cierpi na występujące od czasu do czasu bicie serca, ból głowy i na ogólne znużenie i bóle w kończynach dolnych przy dłuższem staniu lub chodzeniu.

Rozpoznanie: *Atheroma aortae subsqu. ectasia aortae, insuff. valv. semilun. aortae, hypertrophia cordis sin. in stadio compensationis in individuo luetico.*

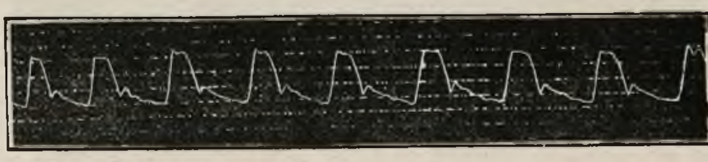
U chorego zastosowałem na dniu 28/4 kąpiel o ciepłocie 32° C.

Kąpiel na 32° C przez 25 minut.

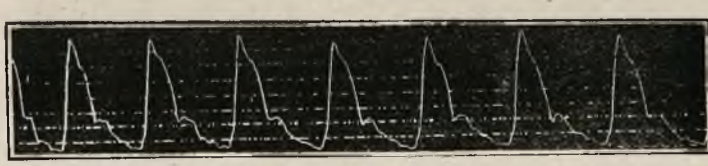
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą	80	110	18		
w kąpieli					
po 10 min.	72	130	18	—12	+40 Mm.
po 25 min.	68	140—150	17		
po kąpieli					
po 15 min.	72	130	17	—16	+20 Mm.
po 30 min.	64	130	16		
po 60 min.	64	130	16		

Kąpiel na 32° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Pod wpływem tej kąpieli ruchy serca wolnieją, ciśnienie się podnosi, oddechy stają się rzadsze, ale za to głębsze. Tętno zmienia swój charakter, *pulsus tardus* zamienia się szczególnie w czasie kąpieli na *pulsus magnus durus*, tj. na tętno, jakie spotykamy w miażdżycy tętnic obwodowych przy równoczesnym znacznym przeroście lewej komory, co świadczy w naszym przypadku raz o zwiększeniu się napięcia tętniczego, powtóre o wzmożonej chwilowo sile serca.

Chory był w klinice 4 dni, a na drugi dzień po kąpieli zakład opuścił.

L. S. (N. Dz. 366), lat 25, cierpi na duszność nieraz tak silną, iż oddechu złapać nie może, szczególnie przy ruchach; prócz tego na bóle w podżebrzu prawem i ogólną niemoc.

Rozpoznanie: *Processus atheromatosus aortae et arteriarum periferiearum. Insuff. valvulae semilunaris aortae, emphysema pulm. subsqu. hypertrophia cordis totius in stadio incompensationis, subsqu. hyperaemia passiva pulmonum, hepatis, renum; ascites, anasarca; ptosis hepatis.*

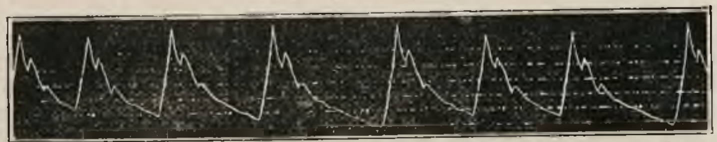
U chorego stosowałem w dniu 30/4 kąpiel o ciepłocie 37° C, w dniu 1/5 kąpiel o ciepłocie 32° C, a w dniu 5/5 kąpiel o ciepłocie 36° C.

Kąpiel na 37° C przez 25 minut.

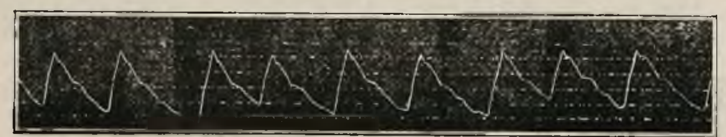
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	80	200—210	27		
w kąpieli					
po 10 min. .	92	180—190	30	+16	—20 Mm.
po 25 min. .	96	180-190	30		
po kąpieli					
po 10 min. .	92	190	26	+12	—10, 20 Mm.
po 30 min. .	88	190	26		
po 60 min. .	88	190—200	28		

Kąpiel na 37° C.

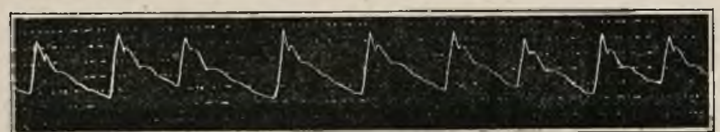
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Kąpiel na 36° C przez 25 minut.

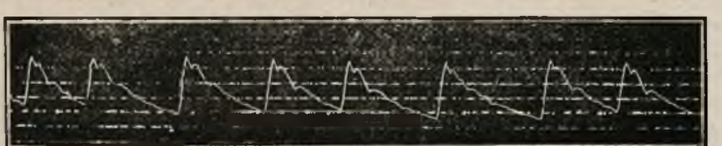
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne przyspieszenie tętna	maksymalne obniżenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	72	210	28		
w kąpieli					
po 10 min. .	76	100—200	30	+6	—20 Mm.
po 25 min. .	78	190—200	28		
po kąpieli					
po 30 min. .	76	190—200	28	+4	-20 Mm.
po 60 min. .	76	200	28		

Kąpiel na 36° C.

Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.

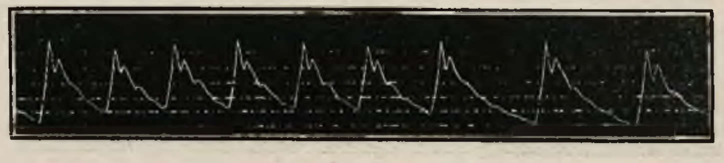


Kąpiel na 32° C przez 25 minut.

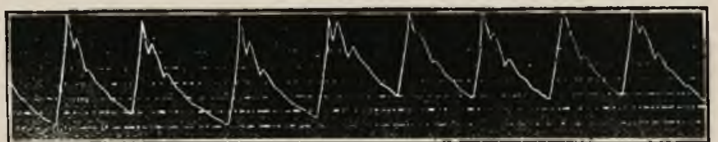
	liczba tętna	ciśnienie krwi	liczba oddech.	maksymalne zwolnienie tętna	maksymalne podwyższenie ciśnienia
Przed kąpielą . .	84	190	28		
w kąpieli					
po 10 min. .	74	200	26	— 10	+10 Mm.
po 25 min. .	76	200	26		
po kąpieli					
po 10 min. .	74	200-210	24	— 12	+20 Mm.
po 30 min. .	72	210	24		
po 60 min. .	72	210	24		

Kąpiel na 32° C.

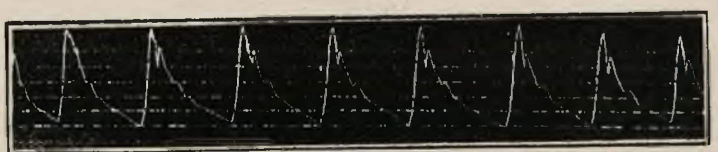
Przed kąpielą.



W czasie kąpieli.



Po kąpieli.



Po kąpieli o ciepłocie 32° C widzimy zwolnienie ruchów serca, lekkie podniesienie się już, i tak badzo wysokiego ciśnienia krwi i to znaczniejsze po zaprzestaniu zabiegu, — oddechy wolniejsze. Tętno, pierwotnie twarde, staje się jeszcze twardszem i wyższem.

Po kąpieli o ciepłocie 36° C i 37° C widzimy przyspieszenie ruchów serca i obniżenie się ciśnienia krwi, zwiększenie się liczby oddechów. Tętno twarde zmienia się na miększe, tj. wybitne pierwotne fale drugorzędne na ramieniu zstępującem znikają, względnie stają się mniej wyraźne, wysokość fali tętna nieco się obniża.

Ilość dzienna moczu po kąpieli 32° C znacznie się zwiększa, w dniu bowiem przed kąpielą wynosiła 1300 grm. po kąpieli zaś 3000 grm., po kąpielach zaś o ciepłocie 36° i 37° C zmniejsza się; przed jedną kąpielą wynosiła ona 2200 grm. a po kąpieli 1300 grm., przed drugą zaś 1600 grm., a po niej 1300 grm. Chory po kąpielach o ciepłocie 36° C i 37° C czuje się podmiotowo daleko swobodniejszy, duszność mniejsza, po kąpieli zaś o ciepłocie 32° C ulgi tej nie doznaje. (Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Jessen. (Hamburg). **O stosunku objawu Olivera do tętniaków tętnicy głównej i do guzów śródpiersiowych.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 45, 1900). Długi czas utrzymywało się mniemanie, że ruchy krtani z pozorami tętnienia ku dołowi *(Abwärtspulsation)*, pojawiające się, gdy się krtań wysunie ku górze (objaw Olivera), zarówno jak i objaw Cardarelliego, polegający na tętnieniu krtani na bok *(Seitwärtspulsation)* przy przesuwaniu jej na stronę lewą, są nieomylnymi oznakami tętniaka tętnicy głównej. Fränkel poszedł dalej, oświadczając, że te objawy niekiedy wskazują także na istnienie guza śródpiersiowego. Autor opisuje dwa tego rodzaju przypadki, — w pierwszym badanie pośmiertne wykazało tętniaka tętnicy głównej, pomimo nie stwierdzonych za życia objawów Olivera i Cardarelliego, w drugim wszystkie oznaki za życia chorego przemawiały na korzyść tętniaka tem bardziej, że tak objaw Olivera jak i Cardarelliego były wyraźnie zaznaczone; dokonana później sekcya odkryła guz śródpiersiowy. Z tego widać, że jak z jednej strony, pomimo istnienia tętniaka, może zachodzić brak owych charakterystycznych dwóch objawów, — tak z drugiej strony mogą one wcale dobrze towarzyszyć guzom śródpiersiowym; wielkiego więc znaczenia różniczkowo-rozpoznawczego przypisać im nie można, — okoliczność, którą także inni badacze stwierdzili.

Dr. Henryk Pisek.

Paulsen. **Zejście śmiertelne noworodka z krwawiączki** (haemophilia) **wskutek samoistnego krwotoku pępkowego.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 45, 1900). Autor został wezwany do 9-ciodniowego dziecka, cierpiącego na samoistne krwawienie z ucha prawego. W kilka godzin później wystąpiło silne krwawienie z pępka, pokrytego prawidłową ziarniną; wieczorem tegoż samego dnia krwawienie z pępka znowu się powtórzyło i z trudnością się dało zatamować. Następnego dnia rano wystąpiło znowu krwawienie z pępka, wkrótce potem pojawiła się biegunka i wymiociny krwawe, wśród których dziecko zmarło. Autor w przypadku tym wyklucza chorobę Buhla, gdyż nie było sinicy, żółtaczki, obrzęków, ani wybroczyn skórnych; wyklucza kiłę wrodzoną i posocznicę, a jako przyczynę śmierci podaje krwawiączkę. Wstrzykiwanie żelatyny uważa jako jedyny środek zapobiegawczy w tych przypadkach; w swoim przypadku, wskutek sprzeciwiania się rodziny, wykonać tego nie mógł. *P.*

Cramer. **Zasady żywienia dzieci w pierwszych dniach życia.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1900). W pierwszych 3—4 dniach życia traci dziecko na wadze 220—250 gramów; od tej chwili zaczyna go przybywać tak, że już około dnia 10-go wraca do wagi pierwotnej. Jak doświadczenia autora, przeprowadzone na dzieciach w różnej wadze, — wykazują, najwięcej tracą dzieci ciężaru w pierwszych 3-ch dniach przez oddawanie smółki i moczu; od dnia 4-go utrata ta staje się stosunkowo coraz mniejszą. Utrata przez pocenie się podczas wszystkich dni utrzymuje się prawie na tym samym stopniu, tylko u dzieci niedonoszonych jest nieco większa. Przeciwnie, ilość przyjmowanych pokarmów do dnia 3-go jest bardzo mała, od tego zaś dnia coraz bardziej się wzmaga tak, że już dnia 5-go równoważy utratę przez poprzednie dwa czynniki; później przewyższa utratę, wskutek czego dziecko przybywa na wadze. Autor stawia sobie dalej pytanie, czy nie należałoby zrównoważyć utraty w pierwszych 3-ch dniach przez podawanie znacznie większej, a odpowiedniej utracie, ilości pokarmów? Temu jednak staje na przeszkodzie brak zazwyczaj odpowiedniej ilości pokarmu w piersi matki, a więc musielibyśmy się uciekać do karmienia sztucznego. Ponieważ jednak mała ilość pobieranych pokarmów w dniach pierwszych, a nawet brak zupełny pokarmu w dniu pierwszym, zupełnie dziecku nie szkodzi w jego fizyologicznym rozwoju, — dlatego przychodzi autor do przekonania, że nie należy żywić dzieci forsownie w pierwszych 3-ch dniach, ale bez obawy czekać, póki naturalny przypływ pokarmu w piersi matki nie nastąpi. Tymczasem, aby zapewnić sobie niejako większą ilość pokarmu, poleca podawać matce zaraz w dniu pierwszym znaczną ilość pokarmów płynnych, a nawet i stalszych łatwo strawnych; od dnia drugiego radzi podawać obficie pożywienie, sprowadzające pokarm (co autor przez to rozumie, bliżej nie podaje), a nadto często przykładać dziecko do piersi, jako bodziec sprowadzający przypływ pokarmu. *P.*

Marx. **Intubacya w praktyce prywatnej.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 46, 1900). Opierając się na 3-ch przyp. z swej praktyki prywatnej, twierdzi autor, że niebezpieczeństwa, na jakie narażonem jest dziecko intubowane, nie są o wiele większe w praktyce prywatnej, aniżeli klinicznej. Z niebezpiecznych przypadków i powikłań jedynie odleżyny i ich następstwa zdają się być w praktyce prywatnej częstszemi. Zdaniem M. stała obecność lekarza jest zbyteczną, gdyż w przeważnej liczbie przypadków jest czasu dosyć, aby go zawezwać. Intubacyę powinni wykonywać tylko tacy lekarze, którzy w potrzebie zdołają natychmiast wykonać tracheotomię. W ocenianiu wartości intubacyi a tracheotomii przemawia M. za pierwszą. Kazuistyka autora jest za szczupłą, aby mogła uprawniać do wyciągania ściślejszych praktycznych wniosków. Przyznaje to zresztą sam autor. *Urbanik.*

Zorn. **Przypadek zatrucia formaliną.** *(Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 46, 1900). Przypadków tych dotychczas opisano mało. Klüber. *(Münch. m. W.*, Nr. 41, 1900) podaje, jako główne objawy: bezprzytomność, 19-godzinny bezmocz, zaczerwienienie błon śluzowych ust i spojówek, odczyn na kwas mrówkowy w moczu. W przypadku Zorna (również wskutek wypicia przez pomyłkę formaliny około 18 cm. sześć.) objawy były zgoła inne: *sensorium* wolne, przyspieszenie oddechu, tętno małe i częste, zawrót głowy, miąższowe podrażnienie nerek (białkomocz 0·25‰, wałeczki, głównie szkliste i ziarniste), po 24-godzinnym bezmoczu — biegunka. Wobec tego należy objawy zatrucia formaliną uważać jeszcze za nieustalone. Leczenie: przepłókanie żołądka, dyeta, letnie kąpiele, wody alkaliczne. W moczu tym razem nie wykazano kw. mrówkowego. *Z.*

Dr. K. Büdinger. **O pokrywaniu braków w czaszce obcą kością.** *(Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 46, 1900). Na podstawie przypadku, spostrzeganego przez 4 lata i zakończonego śmiercią, — po zrobionej sekcyi, dochodzi autor do wniosku, że najlepszym materyałem do pokrywania braków w czaszce jest kość gąbczasta, np. z kości piętowej, bez względu na wiek osoby, z której została wziętą i bez względu na czas, jaki upłynął między chwilą jej wyjęcia a przeszczepienia. W każdym bowiem razie przeszczepiona kość zachowuje się tak, jak ciało obce porowate. Taką kością wypełnił B. dwa otwory w czaszce (powstałe skutkiem gruźlicy), a sekcya po czterech latach wykonana wykazała, że oba były dokładnie wypełnione kością zbitą, zupełnie jak blaszka szklana (lamina vitrea). Otwór trzeci, który autor umyślnie pozostawił własnemu losowi, zmniejszył się tylko częściowo i zasłonięty był błoną z tkanki bardzo zbitej tak, że za życia robiła wrażenie kości. *Herman.*

Hitschmann i Lindenthal. **Dalszy przyczynek do patologii i etyologii zgorzeli nagłej** (gangrène foudroyante). *(Wiener klin. Wochenschrift,* Nr. 46, 1900). U zdrowego zresztą mężczyzny podjęto z powodu zesztywnienia stawu łokciowego i zrostu kostnego kości łokciowej z kością sprychową, resekcyę tej ostatniej, a dla zapobieżenia zrostowi kostnemu wsunięto do stawu płytkę celuloidu, odkażoną przez 10-minutowe gotowanie. W parę godzin po operacyi występują bóle w ramieniu, niedokrwienie i znieczulenie palców, ustępujące po zwolnieniu opatrunku, jednak tylko chwilowo. Już bowiem następnego dnia objawy te powracają, skóra przedramienia przybiera zabarwienie sine i obrzęka ciastowato, a z brzegów rany operacyjnej dobywa się ciecz surowicza, pienista. Na trzeci dzień stan ten się potęguje, występuje gorączka. Ponieważ chory nie godzi się na odjęcie kończyny, przeto szerokiemi i długiemi nacięciami otwarto powłoki i przestrzenie międzymięśniowe na ramieniu i przedramieniu, przyczem okazało się, że mięśnie są niedokrewne, woskowej barwy, a w okolicy pierwszej rany operacyjnej czarno zabarwione; z nacięć dobywa się obficie ciecz surowiczo-krwawa, pienista; nigdzie ani śladu ropienia. Na ramieniu tkanki wydawały się zdrowe. W dalszym ciągu pojawia się zapalenie demarkacyjne powyżej przegubu łokciowego, jednakże wobec tego, że i powyżej linii demarkacyjnej pojawiać się poczynają oznaki zgorzeli i stan coraz się pogarsza, chory decyduje się na odjęcie kończyny; kończynę odjęto w dolnej części ramienia, poczem powrót do zdrowia.

Pojawiające się z początku znieczulenie palców i niedokrwienie ich tłómaczą autorowie ustaniem dopływu krwi wskutek tego, że w naczyniach utworzyły się pod wpływem swoistych bakteryi gazy i stąd przy operacyach znaleziono naczynia próżne. Cały obraz kliniczny, brak najmniejszych śladów ropienia dowodzą, że zgorzel nagła niema nic wspólnego ze sprawami zapalnemi, że istotą tej choroby jest pierwotna martwica tkanin i wytwarzanie się gazów, wywołane przez swoisty prątek. Prątek ten, (barwiący się sposobem Grama, względnie bezpowietrzny [anaerob] i rozwijający się jeszcze przy 75° C.) opisywali autorowie już dawniej, jako swoistą przyczynę zgorzeli nagłej. W danym przypadku znaleziono obok niego jeszcze gronkowce złociste, które jednak wobec wytworzonej przez ów prątek martwicy nie mogły już wywołać ropienia.

Przypadek autorów różni się od dotychczas opisywanych brakiem żółtaczki i pewnych objawów ogólnych, jak bredzenia, śpiączki i t. d. Za źródło zakażenia uważają autorowie płytkę z celuloidu, wsuniętą po resekcyi do stawu, sądząc, że zawierała ona

zarodniki prątka zgorzeli nagłej, którychto zarodników 10-minutowe gotowanie zniszczyć nie zdołało. Jakkolwiek przypadek opisany zdaje się być pierwszym, w którym celuloid był przyczyną groźnego zakażenia, to jednak sądzą autorowie, że ten jeden już przypadek mógłby odstraszyć od dalszego stosowania tego materyału w chirurgii, gdyby nie upowszechniło się dokładniejsze jego odkażanie, mianowicie wymoczenie (po dokładnem mechanicznem oczyszczeniu) przez najmniej dobę w 1‰ sublimacie.

Pod względem leczniczym zalecają autorowie z naciskiem wykonywać w przypadkach zgorzeli nagłej jak najwcześniej odjęcie kończyny; jeżeli bowiem nawet powiedzie się (przez szerokie nacięcia i wstrzykiwania H_2O_2) ograniczyć postęp sprawy, to jednak części, z początku sprawą zajęte, są w każdym razie bezpowrotnie zniszczone; przez odjęcie kończyny nic się więc nie traci, a zyskuje wszystko, zagradzając drogę ogólnemu zakażeniu.

Ze względu na obraz kliniczny i istotę sprawy chorobowej obstają autorowie na zasadzie 7 badanych przez siebie przypadków przy starej nazwie „gangrène foudroyante“ (Maisonneuve), odrzucając, dla uniknięcia wszelkich nieporozumień, niesłuszną nazwę „ropieniec (phlegmone) gazowy“, a godząc się conajwyżej na nazwę „martwica lub zgorzel gazowa“. *Z.*

Uhlenhuth. **Nowy przyczynek do swoistego wykrycia białka kurzego drogą biologiczną.** *(Deutsch. m. Wochenschrift,* Nr. 46, 1900). Zapomocą wielokrotnego podawania białka wewnętrznie i wstrzykiwania do otrzewnej można wywołać wytwarzanie się w surowicy krwi królików takich substancyi, które po dodaniu do białka kurzego (lub gołębiego) wytwarzają strąty. Odczyn ten daje tylko białko jaja, nie daje go zaś żaden inny rodzaj białka. Tym biologicznym sposobem można wykazać białko nawet wówczas, gdy sposoby chemiczne zawodzą; sposób ten nadawać się będzie prawdopodobnie doskonale do odróżniania rozmaitych rodzajów białka. Surowica nie traci swoistego swego oddziaływania na białko nawet po ogrzaniu do 60° C. przez godzinę. *Z.*

Huismans. **Przypadek śmiertelnego miąższowego krwawienia z okrężnicy.** *(Deutsch. med. Wochschrift* Nr. 47, 1900). U 12½-letniego chłopca, u którego już przed rokiem pojawiły się bardzo ciężkie krwotoki jelitowe bez znanej przyczyny, wystąpiły one ponownie obok lekkiej gorączki, nieznacznej tkliwości w okolicy żołądka przy braku wymiotów i wzdęcia. Na tej podstawie przypuszczano wrzód dwunastnicy. Chory zmarł wśród postępującej niedokrewności, a sekcya nie wykryła żadnych zmian w narządach wewnętrznych prócz krwotoku w obrębie kiszki grubej; zresztą przewód pokarmowy od góry aż do zastawki Bauhina krwi wcale nie zawierał i nigdzie nie był zmieniony. W kiszce grubej również nie znaleziono żadnych zmian ograniczonych; cała błona śluzowa zabarwiona czarno, gładka, pod mikroskopem nie okazywała żadnych zmian prócz przepełnienia krwionośnych naczyń włosowatych. Na krwawiączkę *(haemophilia)* nic nie wskazywało. Nie mogąc sobie inaczej przypadku wytłómaczyć, przypuszcza H. w swoim przypadku nietypową plamicę krwotoczną (forme fruste), ograniczającą się tylko do kiszki grubej. *C.*

Saul. **Przyczynek do morfologii gronkowca białego.** *(Berl. klin. Wochs.,* 1900, Nr. 47). Hodowle kłóte i kreskowe (Stich- u. Strichkulturen) nie dają prawdziwego obrazu morfologicznego rozrostu bakteryi, narzucają mu bowiem z góry sztuczny kierunek. Jedynie do odnośnych badań służyć mogą hodowle płytowe i to z pomocą sporządzonych z nich skrawków drobnowidowych. Tym sposobem posługując się doszedł autor do wniosku, że gronkowiec biały tworzy w stosownych warunkach (czasu i przestrzeni) kolonie, przypominające kształtem pewne kształty roślinne. Jakkolwiek rozmaitość w tym względzie jest wielka, to jednak podstawą morfologiczną kolonij tego drobnoustroju jest rozdwajanie się (dichotomia). Kolonie nie są nieregularnem skupieniem komórek drobnoustroju, lecz jednostką wyższej organizacyi. (Zapatrywanie to wypowiedział już Serkowski w pracy: „O budowie kolonij bakteryjnych“. *Pam. Tow. l. warsz.* 1899. *Przyp. spr.).* *C.*

Doc. Dr. Lud. Korczyński. **Pogląd na rozwój balneologii polskiej w latach 1887—1899.** *(Pam. Tow. lek. Warsz.* 1900, Zeszyt I.). Przyczyny późnego rozwoju tej gałęzi medycyny upatruje autor w tem, że nie wielu ona miała pracowników i opierać się musi na wielu naukach pomocniczych, które później się rozwinęły. U nas podstawy do rozwoju balneologii stworzył Dietl, za którego staraniem powstała w r. 1858 w Tow. naukowem krak. Komisya balneologiczna. Taka sama Komisya powstała w r. 1876 w Tow. lekarskiem krakowskiem pod przewodnictwem R. Dw. prof. Dra E. Korczyńskiego. — Prace naukowe pojawiają się dopiero w r. 1880, a rozpoczęli je lekarze krakowscy. W tym czasie pojawiają się badania i spostrzeżenia geologiczne, meteorologiczne, uwzględnia się prawa chemii, fizyki i higieny, a rozwój zdrojowisk ochrania i zabezpiecza statutami i ustawą. Piśmiennictwo balneologiczne jest bardzo obszerne, obejmuje bowiem nie tylko prace ściśle lekarskie, ale i wiele nauk pomocniczych; trudno więc lekarzowi praktycznemu wszystkie czytać. Ułatwiają mu to streszczenia. Pierwszym, który się tego zadania podjął był, Dr. Smoleński, docent hidroterapii na Uniw. Jag., który w r. 1887 w rocznikach Szmidta ogłosił najważniejsze szczegóły, odnoszące się do postępu balneologii krajowej. Od tego czasu powstało wiele nowych zdrojowisk i przybyło wiele nowych badań. Jedne z najważniejszych są badania geologiczne na szeroką skalę u nas w celach wprawdzie nafciarskich przeprowadzane, jednak i dla balneologii bardzo ważne. Wyniki tych badań ogłoszone przez Angermanna (1885—1893), Szajnochę, Waltera, Altha, Kreutza i in., zużytkował Szajnocha, którego rozprawę streszcza autor w swej pracy.

Nowoczesne kilkakrotne rozbiory chemiczne wód, dokonane przez Olszewskiego, Stopczańskiego, Radziszowskiego, Trochanowskiego, wykazały wiele ważnych szczegółów, wyzyskanych przy urządzeniu zdrojów. Podobnie ma się rzecz z badaniami bakteryologicznemi. Technikę zdrojową, (napełnianie, korkowanie wód, urządzenia zdrojów i t. p.) opisał szczegółowo Dr. Zieleniewski w pracy: „Rys balneotechniki“. Urządzenie stacyi meteorologicznych i skrzętne badania i spostrzeżenia meteorologiczne dozwoliły poznać warunki klimatyczne różnych miejscowości. Ze zmianą zapatrywań na lecznicze znaczenie klimatu, w którym dziś nie tylko ciepłota, ale i inne czynniki, jak wzniesienie nad poziom morza, stopień wilgotności, kierunek i siłę wiatrów i t. d. bierzemy pod rozwagę, jako środki lecznicze, stacye te oddają nieocenione usługi.

Dziś nie uwzględniamy wyłącznie, jak dawniej, klimatu łagodzącego, ale dwa rodzaje klimatów: klimat działający na ustrój podniecająco, pobudzająco i klimat łagodzący i oszczędzający ustrój. Prace Dorbskiego, Dobieszewskiego, Zieleniewskiego i in. nauczyły nas leczyć klimatem swojskim. Miejscowości karpackie i podkarpackie mają klimat podniecający — miejscowości lesiste i równin — klimat łagodzący. Do piewszych należą Zakopane, Krynica, Rabka, Szczawnica, Zawoja, Bystra, Ojców; do drugich: Grodzisk, Otwock, Niekłań, Sławuta, Birsztany, Druskienniki.

W publikacyach lekarskich widać więcej krytycyzmu i badań klinicznych i doświadczalnych. Z zakresu balneofizyologii mamy prace Skórczewskiego, Smoleńskiego, Kopffa, Chełmońskiego, Kowalskiego; z hidroterapii: Smoleńskiego, Misiewicza, Tyszkiewicza. Z działu balneoterapii streszcza autor prace Dobrzyckiego, Jaworskiego, Latkowskiego, Maleszewskiego, Piątkowskiego i Rejchmana. Dział to najmniej dotąd opracowany. Obszerne za to piśmiennictwo posiada klimatoterapia. Z licznych prac przytacza autor wyniki badań Jaruntowskiego, Goldbauma, Jaworskiego, Sokołowskiego i Biernackiego, a nadto wspomina o pracach Ponikły, Florkiewicza, L. Korczyńskiego i innych. Nie brak także podręczników: Kowalskiego, Pajewskiego, Smoleńskiego, Zieleniewskiego. — Balneografia przedstawia się okazale już to w formie monografij, już to dzieł ogólnych. Z tych ostatnich cennym jest: „Słownik bibliograficzno-balneologiczny zakładów polskich“, opracowany przez Zieleniewskiego. Smutne są losy czasopism, poświęconych sprawom zdrojowisk. Po upadku czasopisma: „Zdrojowiska“, redagowanego przez Dra M. Zieleniewskiego, wychodziła „Krynica“ do r. 1898. W tym roku powstało nowe czasopismo — „Zdrojowiska“ pod redakcyą Dra W. Mikuckiego i W. Doleżana. Pomimo zapału redaktorów, ich energii i starań, pismo to po roku upadło z powodu braku poparcia ze strony zarządów zdrojowych, z których niektóre myślą tylko o napełnieniu własnej kieszeni, nie troszcząc się o dalszą przyszłość. Ustawodawstwo zdrojowe wiele jeszcze potrzebuje poprawek. Po przytoczeniu ustawy zdrojowej z r. 1890, wykazuje autor jej niedokładności i braki i podaje niektóre środki zaradcze. — Praca kończy się przytoczeniem spisu literatury balneologicznej, zawierającego 124 prac. *Dr. Flis.*

F. Winkler. **O dostawaniu się żelaza zawartego w „fersanie“ do ustroju zwierzęcego.** *(Therap. d. Gegenwart.* Październik 1900.). Doświadczenia W. nad zdolnością ustroju wchłaniania żelaza, zawartego w fersanie, dokonane na białych myszach i świnkach morskich, wydały następujące wyniki: w fersanie zawarte żelazo, połączone organicznie z nukleiną i wprowadzone do ustroju przez przewód pokarmowy, zostaje wchłonięte i jako nieorganiczne połączenie żelaza złożone w wątrobie i śledzionie; przytem zauważono, że więcej żelaza dostaje się w ten sposób do śledziony, niż do wątroby. Wobec tego uważać musimy fersan nie tylko jako przetwór odżywczy, lecz i jako przetwór żelezisty. *R.*

R. A. Kac. **Mowa dziecięca, jako objaw kiły dziedzicznej.** (*Wracz* Nr. 37, 1900). Autor, okulista z zawodu, spostrzegał dwa przypadki, w których jednocześnie ze zmianami w narządzie wzroku (w jednym przypadku rozpoczynający się zanik gałki ocznej, w dru-

gim całkowity zanik nerwu wzrokowego wraz z porażeniem prawego n. odwodzącego) istniało u dorosłych dziewczyn (jedna lat 22, druga 30) zboczenie mowy, polegające na dziecinnem wymawianiu spółgłosek *r* i *l*, oraz na właściwej dzieciom intonacyi głosu. Wychodząc z założenia Fourniera, iż zachowanie cech dziecinnych u dorosłych jest jednym z objawów kiły dziedzicznej, autor u obydwu chorych zastósował leczenie przeciwkiłowe, mimo iż pierwsza chora nie okazywała żadnych innych znamion kiły; u drugiej z nich przeciwnie znalazł autor wybitne cechy kiły dziedzicznej. Pod wpływem swoistego leczenia ciśnienie śródoczne u chorej pierwszej wzrosło i wróciło do normy, wzrok znacznie się poprawił, u drugiej chorej w znacznym stopniu poprawiła się zwrotność gałki ocznej na zewnątrz. Wobec małej ilości spostrzeganych przez siebie przypadków, uważa autor związek między kiłą dziedziczną a omówionem wyżej zboczeniem mowy wprawdzie nie za dowiedziony, w każdym jednak razie bardzo prawdopodobny i z tego względu sądzi, że należałoby zwrócić w tym kierunku baczniejszą uwagę: jeden ten szczegół może niejednokrotnie dopomódz nam w należytem rozpoznaniu, a co za tem idzie, skierować może leczenie na właściwe tory.

Dr. Gliński.

Doc. Kałabin. **Prosty przytrzymywacz nóg.** *(Wracz,* Nr. 41, 1900). W braku stołu operacyjnego i pomocników przy wykonywaniu operacyi na śródkroczu, pochwie, szyjce macicznej i przy wyskrobywaniu macicy itp. używa autor zwykłego stołu podłużnego, który pokrywa czystem prześcieradłem i ceratą i na nim kładzie chorą na grzbiecie w ten sposób, aby pośladki i śródkrocze wystawały nieco poza brzeg stołu; następnie nagina nogi chorej do brzucha, rozstawia je mniej lub więcej, w miarę potrzeby i przeprowadziwszy pod kolanami długie prześcieradło (w razie braku długiego, związuje parę krótkich prześcieradeł razem) przywiązuje końce prześcieradła do nóg stołu po stronie, po której leży głowa chorej. Prosty ten sposób nadaje się szczególniej w praktyce lekarzy prowincyonalnych, którzy bardzo często przy wykonywaniu podobnych operacyi nie posiadają żadnych, lub tylko niedołężnych pomocników.

Dr. Gliński.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Lorenz. **Leczenie padaczki bromipiną.** *(Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44, 1900). Podając 10% bromipinę w dziennych dawkach 20,00—30,00 34 chorym padaczkowym, nie zauważył autor żadnych szkodliwych wpływów w ogólności, a w szczególności żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego lub łaknienia. Przeciwnie, miesięcznie kontrolowana waga ciała u większości chorych wzrastała, rozstrój nerwowy ustępował, nie mniej i ilość napadów się zmniejszała, — w każdym razie można było stwierdzić korzystne działanie bromipiny. Jeśli się wynik tego leczenia porówna z skutkami, otrzymanymi sposobem Flechsiga (podawanie makowca z bromem), wówczas należy się bromipinie bezsprzecznie pierwszeństwo. *Dr. Henryk Pisek.*

Brunner (Triest). **O leczniczej wartości aspiryny.** *(Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 44, 1900). Wiadomem jest powszechnie, że stósowanie salicylanu sodowego, nawet rozcieńczonego, bardzo często wywołuje przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, — kwas zaś salicylowy również jest niedogodny z powodu pojawiającego się po nim szumu w uszach, zawrotu głowy i t. p. Te niedogodności, zarówno jak i znakomite wyniki, ogłoszone przez innych po użyciu aspiryny, skłoniły autora do stósowania tego środka u większej liczby chorych. W najrozmaitszych postaciach (138 przypadków) cierpień stawowych lub mięśniowych, ostrych i przewlekłych, nerwobólach, zapaleniu nerwów, połowiczym bólu głowy i t. p. podawano aspirynę z bardzo dobrym skutkiem. Zwykle otrzymywał chory co 2 godz. 1,00 aspiryny w opłatku, popijając limoniadą; postępowanie to trwało tak długo, aż gorączka zupełnie znikła, lub nie wychodziła poza 37·5, poczem jeszcze przez kilka dni podawano 3,00 aspiryny dziennie. Lżejsze, niepowikłane przypadki gośćca stawowego ustępowały w 5—7 dniach, — obrzęki stawów znikały już w pierwszych 24 godzinach, a bolesność znacznie się zmniejszała; cięższe przypadki dłużej trwały; wyniki jednak były zawsze dobre. Lek ten może być śmiało użyty i u chorych na gościec, mających wadę sercową; — w takich razach należy łączyć aspirynę z kofeiną, według formułki: *Rp. Aspirini 0,50, Coffeini natro-benz. 0,05, D. t. dos. Nr. X S. Co godzinę proszek*, albo: *Rp. Aspirini 0,50, Pulv. fol. Digital. 0,01, D. t. dos. Nr. X S. Co godzinę proszek aż do wystąpienia potów.* Na podstawie więc dotychczasowych bardzo dobrych wyników zaleca autor usilnie w cierpieniach gośćcowych aspirynę, zastępującą w zupełności przetwory salicylowe bez ich niedogodności. *Dr. Henryk Pisek.*

Fölkel (Wiedeń). **Doświadczenia lecznicze z „fersanem“.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 44, 1900). W krótkiem streszczeniu nie można podać bardzo zawiłego postępowania w celu pozyskania fersanu; dość powiedzieć, że sporządzony zostaje z krwi wołowej i zawiera całą ilość żelaza i fosforu ciałek czerwonych (erytrocytów) w postaci miałkiego brunatnego proszku. W większości przypadków podawano fersan w mleku (3—16 i więcej łyżeczek dziennie), przyczem cały płyn przybierał barwę kakaową i posiadał przyjemny smak. Autor stósował ten przetwór odżywczy w chorobach żołądka, u osób gruźliczych, niedokrewnych różnego stopnia i t. p., dochodząc do wniosku, że fersan powiększa zawartość hemoglobiny i liczbę ciałek czerwonych krwi, nie mniej także podnosi wagę ciała; — pomyślne te wpływy przypisuje autor wysokiej zawartości fosforu. Z uwagi, że fersan nie ma żadnych istot wyciągowych, stósowano go także z dobrym skutkiem u osób chorych na nerki. Nadmienić wypada, że w żadnym przypadku nie zauważono zaburzeń ze strony żołądka lub jelit; owszem, istniejące objawy zwiotczenia kiszek ustępowały, a łaknienie szybko się podnosiło. Autor zaleca wiąc usilnie fersan, stawiając go, jeśli nie wyżej, to przynajmniej na równi z innymi tego rodzaju przetworami odżywczymi. *Dr. Henryk Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1900.

Przewodniczący kol. Sielski, członków obecnych 44.

1) Przewodniczący odczytuje okólniki nadesłane z Namiestnictwa, tyczące się sprzedaży i zapisywania zakazanych przetworów aptekarskich.

2) Przewodniczący odczytuje okólnik nadesłany z Ministerstwa, a powiadamiający, że w „Oesterreichisches Arztekammer-Blatt“ będą umieszczane wszelkie konkursy i zawiadomienia, tyczące się obsady miejsc dla lekarzy. — Wniosek kol. Piseka, aby Towarzystwo postarało się o to czasopismo, przyjęto.

3) Przewodniczący zawiadamia, że podanie lekarzy okręgowych o odstąpienie im sali na zapowiedziany Zjazd załatwiono przychylnie.

4) Do Komisyi, mającej się zająć zaopiniowaniem i zbadaniem terenu i warunków budowy sanatoryum dla chorych gruźliczych miasta Lwowa, wybrano kolegów: Gluzińskiego A., Stachiewicza i Piseka.

5) Kol. Feuerstein przedstawia przyrządzik z wulkanizowanego kauczuku, ułatwiający pisanie osobom, dotkniętym kurczem pisarskim; stosowanie przyrządu może być pomocnem, zwłaszcza w drżączkowej postaci kurczu. — Obsadkę umieszcza się pomiędzy 2-m a 3-m palcem chorego w najdogodniejszem dlań położeniu, poczem ustala się ją zapomocą pasków z przylepca. Następuje próba pisania; w razie pomyślnego wyniku (znikanie drżączki, zaokrąglanie się kreślonych znaków) zdejmuje się z całości, t. j. z palców, wraz z obsadką, odcisk zapomocą plastycznej masy dentystycznej (t zw. Stains), poczem przygotowuje się odlew gipsowy, na którym modeluje się z wywalcowanej masy odciskowej, 2 listewki biegnące po grzbietowej powierzchni palców, po 2 boczne pół-pierścienie z każdej strony i środkowy mostek, łączący obydwie listewki, a stanowiący zarazem pochewkę obsadki. Według takiego modelu wyrabia technik dentystyczny stały przyrząd (z kauczuku). Przyrząd trzyma się bardzo dobrze, zwłaszcza po wprowadzeniu obsadki do pochewki. Pod względem konstrukcyjnym stoi przedstawiony przyrząd, zdaniem mówcy, o wiele wyżej od używanych dotychczas przyrządów (Duchennea, Nusbauma. Zabłudowskiego i in.

Przedstawienie próbek pisma przed użyciem i po użyciu przyrządu.

Kol. Prus zaznacza, że w leczenia kurczów zawodowych nie wystarczają przyrządy najlepiej nawet pomyślane; ważniejsze znaczenie posiada tu uwzględnienie ogólnego stanu układu nerwowego, jako też leczenie psychiczne; sposoby leczenia wypadło często zmieniać i zastosowywać do okoliczności, ztąd też przyrząd kol. F., jako nowość, może być bardzo przydatnym, tembardziej, że odznacza się on zgrabną budową i lekkością.

Kol. Feuerstein nie przecenia również wartości leczniczej przyrządów; posiadają one bardzo względną wartość; zły przyrząd

nigdy nie sprosta zadaniu; dobry — w wielu razach może być bardzo pomocnym. Przyrządziki, znajdujące się w handlu, nie odpowiadają wymaganiom; okoliczność ta skłoniła twórcę do przedstawienia przyrządziku, prostego w pomyśle i wykonaniu, a przystosowanego ściśle do kształtów piszącej ręki. (Streszczenie własne).

6) Kol. Bałłaban: a) Przedstawienie i opisanie preparatów drobnowidowych nabłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej.

U 22-letniej chorej znajdowało się na spojówce gałkowej 4—5 pęcherzyków, wypełnionych przeźroczystym płynem. Wycięta część spojówki, na której te torbiele były umiejscowione, poddana została badaniu drobnowidowemu, które wykazało w tkance podnabłonkowej liczne torbiele, wyścielone nieprawidłowym przybłonkiem, który był miejscami jednowarstwowym, miejscami składał się zaś z kilku warstw. Liczne komórki nabłonka były zwyrodniałe i to częścią rozmiękłe, częścią zaś wypełnione szklistymi złogami, ich protoplazma zaś było zmieniona w postaci gruboziarnistego rozpadu.

W nabłonku spojówkowym znajdują się pomiędzy torbielami pełne czopowate wyrostki, których środkowe komórki zwyrodniały, tworząc małe jamy. Podobnie i w ścianie dużych torbieli powstają małe jamy przez zwyrodnienie środkowych komórek. Tkanka łączna jest prawidłowa i wypełniona tucznemi komórkami Ehrlicha i komórkami plazmatycznemi.

W opisanym przypadku idzie z całą pewnością o torbiele, powstałe w ten sposób, że pełne czopy przybłonka wcisnęły się w tkankę podprzybłonkową, poczem ich środkowe komórki rozpadły się. Komórki te są bądźto rozmiękłe, bądźto wypełnione szklistymi złogami. W ten sam sposób powstały i wielkie torbiele, przyczem musimy przyjąć, że proces wchłaniania wody nie kończy się w nich z chwilą rozpadu środkowych komórek, ale że rozpadłe te masy wchłaniające i nadal ciecz drogą osmozy z tkanki podspojówkowej, wypełnionej obficie limfą. Przypadek ten będzie swego czasu dokładnie ogłoszonym, a jest on niezbitym dowodem, że wbrew istniejącemu dzisiaj przekonaniu, mogą powstawać torbiele w spojówce gałkowej, a zatem i na innych częściach ciała, bez współudziału gruczołów, a li tylko ze zwyrodniałych komórek nabłonka. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos koll.: Kadyi, Krzyszkowski i prelegent.

b) O „związku przyczynowym chorób oka z chorobami ustroju,“ (krótki szkic rzeczy, która obszerniej drukiem będzie ogłoszoną).

Dr: J. Krzyszkowski, sekretarz.

VII. XIII międzynarodowy kongres lekarski w Paryżu.

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chirurgiczna.

Zestawił *Dr. St. Droba*.

(Ciąg dalszy).

Mignon i Sieur (Paryż): *O żylakach sznurka nasiennego i przyjądrza.* Cierpienie to występuje w postaci okrągłego albo wrzecionowatego guza, otaczającego sznurek nasienny, przechodzącego na przyjądrze, nie dosięgającego jednakowoż nigdy jego głowy. Guz jest podatny, czasami miękki, czasami twardy i pod działaniem takich wpływów, jak uciążliwe marsze, pobudzenie płciowe i t. d., zmienia swoją objętość tak dalece, że daje często przy badaniu złudzenie drugiego jądra, które w następstwie cierpienia bywa nieco mniejsze i miększe. Czynność płciowa bywa niezmienioną. Drobnowidowo guzek taki przedstawia obraz jamistego naczyniaka *(Angioma cavernosum).* Cierpienie opisane pomięszać można z gruźliczem zapaleniem przyjądrza, od którego różni się 1) umiejscowieniem, 2) zmiennością kształtu, 3) zachowaniem w dobrym stanie sznurka nasiennego i gruczołu krokowego, 4) brakiem obciążenia gruźliczego. Leczenie polega na spokoju, unikaniu pobudzeń płciowych, noszeniu wieszadła *(suspensorium).* W razie zaostrzenia sprawy polecić należy kąpiele i okłady wysychające.

Mauclaire (Paryż): *Dalsze wyniki leczenia gruźlicy jądra i przyjądrza zapomocą przecinania sznurka nasiennego.* Wyniki leczenia tego cierpienia, osiągnięte w 18-stu przypadkach, dzieli prelegent na dobre, zadawalniające i złe. Dobre wyniki w trzech przypadkach, w których nie było jeszcze zropienia i przetok, polegały na zaniku gruźliczo zmienionego jądra i przyjądrza, które stwardniały i stały się zupełnie nieboleśnymi. W dwóch wspomnianych przypadkach ustąpiło także cierpienie gruczołu krokowego. Za zadawalniające wyniki uważa także, jeżeli zanik jądra i przyjądrza postępuje powoli, a zupełne wyleczenie następuje dopiero po 4 miesiącach i to po poprzedniem wytworzeniu się przetoki. Jedna trzecia część jego przypadków dała mu wyniki złe, polegające na zropieniu jądra, przyjądrza i przeniesieniu się sprawy chorobowej na osłonki. Długotrwające przetoki zmuszają w tych przypadkach do następowych zabiegów. Zabieg sam jest prosty i łatwy, — nacięcie moszny powinno być o ile możności jak najmniejsze, a to celem uniknięcia krwiaków.

Carlier (Lille): *O wynikach przecinania sznurka nasiennego.* Mówca podnosi, że zanik jądra u osobników powyżej 50-ciu lat, pomimo przecięcia całego sznurka nasiennego, bywa bardzo powolny, tak, że często po dwóch latach zmiany bywają bardzo małe, podczas gdy u osobników młodych przecięcie i podwiązanie samej tylko tętniczki nasiennej wywołuje gwałtowny zanik jądra. Przyczyna tego tkwi, zdaniem mowcy, albo w niedostatecznem krążeniu ubocznem u młodych osobników, albo w tem, że młode jądro potrzebuje do swego odżywienia więcej krwi, niż jądro osobników starych.

Nanu (Bukareszt): *O skręceniu sznurka nasiennego.* Mówca opisuje rzadki przypadek skręcenia sznurka nasiennego, w którym wyciął jądra wraz ze sznurkiem nasiennym. Trudność rozpoznawcza w danym przypadku tkwiła w tej okoliczności, że brakowało zboczeń w położeniu jądra, jak to miało miejsce w ogłoszonych dotychczas przypadkach, w których znajdowano jądro w przewodzie pachwinowym. Przyczynę skręcenia w swym przypadku upatruje w nieprawidłowościach, towarzyszących sprawie zstępowania jądra.

Frank (Chicago): *O zakładaniu przetoki pęcherzowo-odbytniczej.* Mówca wykonał w roku 1899 szereg doświadczeń, wszczepiając bądź to jeden, bądź to obydwa moczowody do odbytnicy i badając następowo zmiany w nerkach. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach stwierdził następowe zakażenie nerek, przeto przeprowadził drugi szereg doświadczeń, w których zakładał przetokę pęcherzowo-odbytniczą i badał następowo nerki, które w tych przypadkach nie ulegały zakażeniu. Zabieg ten poleca nietylko w przypadkach wynicowania pęcherza, ale także w przypadkach, w których wskazanem jest założenie przetoki nadłonowej. Do zabiegu używał swego guzika z odwapnionej kości.

Delagénière (Le Mans): *Przypadek wynicowania pęcherza, wyleczony metodą operacyjną Trendelenburga.* Podana metoda dawała mówcy przez długi czas tylko złe wyniki; obecnie jednak przedstawia dziecko, u którego udało mu się metodą Trendelenburga uzyskać zupełnie dobry wynik tak, że i zdolność czynnościowa zwieracza pęcherza jest doskonała; w przypadku tym wykonał siedm następowych zabiegów.

Gérard (Berno): *O radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych.* Ponieważ dotychczasowe metody nie dawały mu dobrych wyników w przypadkach bardzo wielkich przepuklin pachwinowych skośnych, gdzie przewód pachwinowy zmieniony był w jeden wielki otwór, a także w przypadkach nawet niezbyt dużych przepuklin pachwinowych prostych, przeto zastosował modyfikacyę metody operacyjnej Bassiniego w 543 przypadkach, przeważnie przepuklin dużych, z bardzo dobrym wynikiem, gdyż miał tylko 8 nawrotów i to cztery spowodowane pooperacyjnem ropieniem rany. Zmieniona przez niego metoda Bassiniego przedstawia się jak następuje: 1) przecięcie powięzi mięśnia skośnego brzucha i otwarcie przewodu pachwinowego w całej jego długości; 2) wyosobnienie, podwiązanie i odcięcie worka przepuklinowego i odprowadzenie kikuta; 3) zeszycie (według Bassiniego) brzegów mięśnia skośnego wewnętrznego i poprzecznego; 4) dachówkowate ułożenie obu płatów powięzi mięśnia skośnego zewnętrznego. Górny brzeg przyszywa się nad łukiem udowym, dolny do podstawy górnego.

Schwartz (Paryż): *Wyniki radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych i udowych, połączonej z plastyką mięśniową.* Mówca opisuje swoją, już w roku 1893 ogłoszoną metodę, polegającą na tem, że po wysokiem podwiązaniu i obcięciu worka przepuklinowego, nacina się przednią ścianę pochwy mięśnia prostego i wycina się z niego płat podstawą u dołu. Płat ten ściąga się ku dołowi i wytwarza się z niego przednią ścianę przewodu pachwinowego, przyszywając go u góry do mięśnia skośnego wewnętrznego, u dołu zaś nad łukiem udowym. Przy przepuklinach udowych otwiera pochewkę mięśnia przyciągającego średniego *(adductor medius)*, wycina z mięśnia płat z podstawą u góry, który przyszywa nad łukiem udowym i do tkanki na wewnątrz od żyły udowej. Od roku 1893 operował w ten sposób 63 przepuklin pachwinowych i udowych. Na 50 przypadków, które później oglądał, tylko jeden dostał nawrotu po upadku ze schodów. Czas spostrzegania wynosi 7—2 lat.

Tomasz Noriega (Meksyk): *Leczenie przepuklin zapomocą wstrzykiwań płynów, wywołujących zbliznowacenia.* Na podstawie

23 przypadków, leczonych wstrzykiwaniami i uciskającemi pelotami, dochodzi mówca do następujących wniosków: 1) wstrzykiwanie *extracti fluidi hydrast. canad.* daje zupełnie zadawalniające wyniki; 2) wstrzykiwania te mogą doprowadzić do radykalnego wyleczenia przepuklin; 3) wstrzykiwania te są wskazane tylko przy jednostronnych przepuklinach pachwinowych małych, albo średnich rozmiarów; 4) przy dużych przepuklinach wstrzykiwania mogą doprowadzić jedynie do wstrzymania dalszego ich powiększania się.

Biondi (Siena): *Nowa metoda umocowywania nerki wędrującej.* Skreśliwszy ujemne strony dotychczasowych metod, przedstawia prelegent swoją metodę, polegającą na odsłonięciu nerki, odprowadzeniu jej w jej właściwe położenie i przytrzymaniu w tem położeniu zapomocą długiego pasu gazy, przeprowadzonego przed nerkę w ten sposób, że kilka jego skrętów otacza ją od zewnątrz ku wewnątrz. Koniec pasu wyprowadza otworem, pozostawionym w dolnym kącie rany. Po 7—8 dniach, gdy nerka jest już dokładnie umocowaną, wyciąga pas gazy, a zupełne wyleczenie osiąga się w przeciągu 20 dni. Operował w ten sposób 13 razy, a zawsze z dobrym wynikiem. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Na dzień 15 grudnia b. r. o godzinie 10 rano zostało zwołane posiedzenie Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej.

Porządek dzienny:

1. Sprawozdanie z czynności Wydziału. — Prezes Dr. Festenburg.
2. Zaprowadzenie przy Izbie Kasy pożyczkowo-zapomogowej. — Ref. Dr. Lechowski.
3. Wnioski członków.

Dr. Festenburg.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Dziewięć lat mija, odkąd zwołana przez Wydział krajowy, wskutek uchwały Sejmu z dnia 24-go listopada 1890 ankieta, mająca na celu postawić wnioski w sprawie doprowadzenia zakładu kulparkowskiego do stanowiska odpowiadającego celom humanitarnym i przepisom nauki lekarskiej, oświadczyła się za konieczną potrzebą zbudowania drugiego krajowego zakładu dla umysłowo chorych, w zachodniej części kraju. Wydział krajowy licząc się z ówczesnemi siłami materyalnemi kraju uchwalił na razie pominąć to oświadczenie się ankiety, uczynione na wniosek jednego jej członka, obecnie już nieżyjącego, radcy rządu Dra Gaustera, dyrektora krajowego dolno-austryackiego zakładu dla obłąkanych w Wiedniu, a przedstawić Sejmowi tylko wniosek co do rozszerzenia zakładu kulparkowskiego. Zarazem rozważał Wydział krajowy projekt, podany przez prof. Dra Żuławskiego, rozszerzenia krakowskiego oddziału dla umysłowo chorych przez dobudowanie małego pawilonu dla szałowych. Budowę tego ostatniego pawilonu uznała ankieta za konieczną, gdyż umieszczanie chorych szałowych w celkach głębokich suteryn krakowskiego pawilonu musiała z natury rzeczy najkategoryczniej potępić; skoro atoli przy projektowaniu takiego pawiloniku okazały się koszta jego budowy dość znaczne, przeto zaniechał Wydział krajowy tej myśli, tembardziej, że inspektor szpitali krajowych, Dr. Stella Sawicki, po zbadaniu sprawy na miejscu oświadczył, że obecne separatki dla szałowych w zakładzie krakowskim dadzą się kwotą około 9.000 złr. zupełnie odpowiednio urządzić. Tak więc chwalebny projekt prof. Żuławskiego, natchniony ścisłem poczuciem ludzkości względem tych, których już zamierzchła starożytność zwała najnieszczęśliwszymi z ludzi, poparty gorąco przez ankietę, złożoną z ludzi światłych i zawodowców, upadł, w skutek czego, jak wówczas, tak i dotąd, trzeba umieszczać szałowych w półpiwnicach zimnych, bo na północ wystawionych i nie ogrzewanych centralnie. To pominięcie słusznych żądań krakowskiego prymaryusza i ankiety, było pierwszym dowodem pewnego rodzaju niechęci względem słusznych domagań się i potrzeb Krakowa, a z nim zachodniej części kraju. Od czasu zwołania ankiety postarano się o rozszerzenie zakładu kulparkowskiego zrazu o 12 łóżek, później, bo w roku 1897, o 80 łóżek, przez stosowne dobudowy; natomiast o budowie nowego zakładu w zachodniej Galicyi, lub przynajmniej o rozszerzeniu obecnego pawilonu w Krakowie, prawie zapomniano, albowiem chociaż poseł miasta Krakowa radca dworu prof. Dr. Jordan w dwóch swych sprawozdaniach sejmowych (od czasu 1 grud. 1897 do 30 listop. 1898 i od 1 grud. 1898 do 31 paźdz. 1899) domaga się przygotowawczych w tym względzie czynności, względnie budowy schroniska dla 500 nieuleczalnych obłąkanych, obok utrzymania zakładów obecnych w Krakowie i Kulparkowie, to Wydział krajowy pomija te żądania zrazu milczeniem, aż nagle przywozi w jesieni r. b. inspektor szpitali, Dr. Stella Sawicki, do Krakowa wieść iście hiobową, że Wydział krajowy postanowił znieść do lat trzech zupełnie krakowski oddział dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza. Tak więc Kraków, żyjący tylko dalekiemi wspomnieniami minionej swej świetności, ma być pozbawiony w zupełności tego, co posiada już z chlubą swą od r. 1679, dodaję z chlubą, gdyż prof. Obersteiner w Wiedniu, pisze w świeżo wydanej rozprawce[1]): „als die ältesten Irrenanstalten Oesterreichs nennt die Chronik die Irrenabtheilung der Allgemeinen Krankenanstalt der barmherzigen Brüder in Görz und die Irrenabtheilung des St. Lazarus Spitales in Krakau. Die Gründung der Ersteren erfolgte im Jahre 1656, die der Letzteren im Jahre 1679.“

Wiadomość o zamierzonem zniesieniu oddziału dla obłąkanych w Krakowie jest nadto ważną, by ją pominąć milczeniem i narazić w przyszłości na dotkliwe następstwa zniesienia przedewszystkiem ubogą ludność Krakowa i jego okolicy, dla tego też pozwalam sobie sprawę tę szerzej i publicznie omówić.

Niema chorób, któreby tak niezbędnie wymagały leczenia poza domem chorego, w stosownym zakładzie, jak choroby umysłowe. Oddanie takiego chorego do zakładu samo jako takie już jest, jak słusznie twierdził wielki psychiatra francuzki Esquirol, leczeniem. Wiedzieli już o tem starożytni znamienici lekarze, jak Asklepiades (140 przed Chr.) Cornelius Celsius (czasy Augusta), wreszcie głośny Marcus Caelius Aurelianus, który pierwszy marzył o systemie „non restraint,“ t. j. sposobie bezprzymusowego (bez kaftanów) traktowania obłąkanych. Nic też dziwnego, że skoro po długich wiekach przesądu wiary w czary i opętania przez dyabła, dzięki śmiałemu wystąpieniu Pinela przed stuleciem w obronie obłąkanych, poczęto patrzeć na nich nie, jako na zbrodniarzy i opętańców[2]), lecz jako na chorych, zrozumiano wraz z rozwojem odnośnej gałęzi sztuki lekarskiej należycie potrzebę ich leczenia w stosownych, do celu zastosowanych zakładach.

Nie zamierzam tu wcale rozwodzić się długo nad jakością i użytecznością różnych rodzajów zakładów dla obłąkanych; wspomnę tylko, że był czas, kiedy uważano pod każdym względem za wskazane budować zakłady dwojakie: jedne dla obłąkanych uleczalnych, zakłady lecznicze, oraz inne — dla chorych nieuleczalnych. Atoli wkrótce przekonano się, że taki rozdział nie jest koniecznie korzystny i praktyczny, przeto złączono z czasem dwie te kategorye zakładów dla leczenia i opieki nad obłąkanymi (Heil und Pflege

[1]) „Die Privatirrenanstalten“ w Dra A. Tilkowskyego: „Das öffentliche Irrenwesen in Oesterreich.“ Wien 1900.

[2]) którym wedle słów H. Sienkiewicza (Krzyżacy) przydają się raczej „ciemna izba i batogi.“

Anstalten). Jakkolwiek złączenie to dwojakich zakładów w jedną całość trzeba ze stanowiska nauki uważać za najwięcej odpowiadające celowi, to jednak względy ekonomiczne przeważają szalę na korzyść rozdziału tych zakładów na zakłady lecznicze i przytuliska dla nieuleczalnych, albowiem tak budowa przytulisk, jak i administracya, oraz koszt utrzymania w nich, są bezwzględnie tańsze. Oprócz umieszczania chorych nieuleczalnych w zakładach lub przytuliskach, rozwijają się na zachodzie Europy pomyślnie tak zwane kolonie obłąkanych, którzy pod odpowiednim nadzorem, zdala od zgiełku miast, zajęci są przy wielkich gospodarstwach rolnych. Na wzmiankę zasługuje także tak pomyślnie w miejscowości Gheel w Belgii zastosowane oddawanie obłąkanych na opiekę rodzin (familiäre Verpflegung), którym w zamian za utrzymanie pomagają oni wśród pracy. Ten ostatni sposób opieki nad obłąkanymi może być tylko w wyjątkowych krajach i miejscowościach zastósowany. (C. d. n.)

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 6 grudnia 1900.

* W ostatniej chwili otrzymujemy następującą, ważną dla mieszkańców Krakowa, wiadomość:

„Badanie bakteryologiczne wody, otrzymanej z przepłókiwanych rur, wykonane przez prof. Bujwida w Zakładzie dla higieny, wykazało, że już teraz woda jest prawie zupełnie czystą. Liczba bakteryj jest bardzo mała (30 na 1 cnt. sz.).

W poniedziałek rozpocznie się systematyczne badanie próbek wody z różnych hidrantów, przed oddaniem wody do użytku mieszkańców Krakowa".

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano Doc. Dr. Ignacego Lembergera członkiem czynnym Towarzystwa. Po załatwieniu spraw administracyjnych demonstrował Dr. Gliński rzadki okaz anatomiczny, a następnie Doc. Baurowicz i Dr. Lewkowicz wypowiedzieli zapowiedziane odczyty.

* Piętno społeczno-sanitarne, wyciśnięte na programie IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, nie pozostaje bez skutku; we Lwowie wskrzeszono »Towarzystwo przyjaciół zdrowia« z szerokim programem o zakroju higienicznym. Przewodniczącym wybrano radcę Dr. J. Merunowicza, zastępcami Drów profesorów: Bądzyńskiego i Szpilmana. Wydział ukonstytuował się, powołując na skarbnika p. Sklepińskiego, na sekretarza Dr. E. Piaseckiego. Skład Wydziału daje rękojmię, że potrafi on wciągnąć do tego zbawiennego dzieła całe społeczeństwo. Szkic programowy obejmuje walkę z alkoholizmem, higienę szkół i wychowania fizycznego, szerzenie zasad higienicznych drogą piśmiennictwa popularnego itd.

* W preliminarzu wydatków na r. 1901 uchwalił Wydział krajowy na potrzeby sanitarne następujące kwoty: koszta leczenia 2.380.000 kor. (w porównaniu z r. 1900 więcej o 280.000 kor.); koszta szczepienia 156.000 kor. (mniej o 10.000 kor.), wydatki sanitarne 99.200 kor. (więcej o 10.000 kor.).

* Kalendarz lekarski krakowski pod nową redakcyą Dra Edwarda Grażyńskiego opuścił prasę i znajduje się na półkach księgarskich. Wydawnictwo tego kalendarza posiada już ustaloną renomę dla swych zalet zewnętrznych i bogatej treści informacyjnej; dowodem, że ta korzystna opinia nie jest odosobnioną, jest absolutne wyparcie kalendarza niemieckiego na całym obszarze Galicyi. W części lekarskiej znajdą odbiorcy poradnik, ułożony przez wytrawnych specyalistów; do rubryk nowych należą 2 działy: 1) »Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach i ważniejsze zabiegi chirurgiczne«, przez Dr. S. Drobę i 2) »Spis środków lekarskich oficyalnych i ważniejszych nieoficyalnych, wraz z podaniem ich cen, sposobów stósowania i dawkowania« — przez mag. farmacyi Stan. Hoffmana. W dziale informacyi ogólnych znajdujemy świeżo zaprowadzony, a bardzo pożyteczny wykaz opłat od listów, telegramów itd.

Doborem informacyi, sumiennem i umiejętnem obrobieniem części lekarskiej, Kalendarz krakowski wyrobił sobie nietylko ustaloną dobrą opinię, ale stał się istotną potrzebą śród działalności zawodowej lekarza Nowa redakcya w niczem nie uszczupliła treści, a nawet, w miarę rozwoju stosunków i nauki lekarskiej, rozszerzyła i pogłębiła niektóre działy tego pożytecznego wydawnictwa.

* Egzamin fizykacki złożyli we Lwowie Drowie: Eugeniusz Ozarkiewicz i Adam Szulisławski.

* Prof. Dr. Adam Czyżewicz zrzekł się stanowiska zastępcy dyrektora szpitala powsz. we Lwowie.

* W Budapeszcie położono kamień węgielny pod sanatoryum dla suchotników, poświęcone pamięci cesarzowej Elżbiety.

* Wydział lekarski w Wiedniu wybrał następujących kandydatów na katedrę chirurgii, opróżnioną przez śmierć prof. Alberta: większość proponuje *primo adque unico loco* prof. Eiselsberga z Królewca; mniejszość zaś: *1-mo loco* prof. Nicoladoniego z Gradcu, *2-do et aequo loco* prof. Eiselsberga i Hochenegga.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Siemerling obejmuje katedrę kliniki psychiatrycznej w Kilonii i wykładać będzie sądową psychiatrye. Dr. de Bovis mian. prof. klin. ginekol. w Reims. Dr. C. K. Wenckelbach mian. został prof. med. wewn. w Groningen.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Antoni Sieradzki zmarł d. 1 b. m. we Lwowie, licząc lat 54. Urodził się w Krakowie, gdzie odbył nauki gimnazyalne i uniwersyteckie. Jeszcze w czasach studenckich pełnił obowiązki asystenta przy katedrze zoologii (1870—71), następnie był lekarzem pomocniczym na oddziale chorób wewn. szpitala św. Łazarza (1871—72). W r. 1873 otrzymał dyplom doktora medycyny, poczem wyjechał za granicę, poświęcając swój czas nauce o chorobach dzieci. W r. 1875 osiadł we Lwowie, gdzie po 25-letnim zasłużonym żywocie dokonał życia. Wydał w r. 1877 rozprawę p. t.: »Nauczyciel wobec nagłych wypadków chorobowych u dzieci«. Dr. Mieczysław Lurje zmarł w Moskwie, licząc lat 26. Dr. Pawłowski, wychodźca, zmarł w Creusot, licząc lat 84. Prof. Quinlan w Dublinie. Prof. chirurgii Brosseau w Montreal. Dr. Deroide, prof. farmacyi. zmarł w Lille. Dr. Józef Górny zakończył życie w Mur. Goślinie, licząc l. 46.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 48.: Dr. Brochochiego T.: Nowe leki resadol i hedonal. Wagnera Br.: Przypadek obustronnego wycięcia części szyjowej nerwu współczulnego przy jaskrze. Stróżewskiego K.: O wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. W *Medycynie* Nr. 48.: Dr. Krausego L.: Wyłuszczenie kończyny górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka. Dr. Helmana: Kilka uwag o roli lasecznika zielonej ropy w powstawaniu t. zw. pierwotnego krupowego zapalenia przewodu słuchowego zewnętrz. i o własnościach patogenicznych lasecznika ropy zielonej wogóle (c. d.). W *Kronice Lekarskiej* Nr. 22.: Sadkowskiego H.: O wpływie półkul mózgu na odruchy rdzenia. Dr. Zawadzkiego J.: Lekarz jako biegły przed sądem (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Doc. Korczyński L.: Kilka uwag ogólnych o leczeniu zdrojowem i klimatycznem. (Odbitka z *Medycyny*).

— Dr. Sonnenberg E.: Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki. (Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, 1900).

— Dr. Spira R.: O wstrząśnieniu błędnika usznego. (Odbitka z *Przeglądu Lekarskiego*, 1900).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**